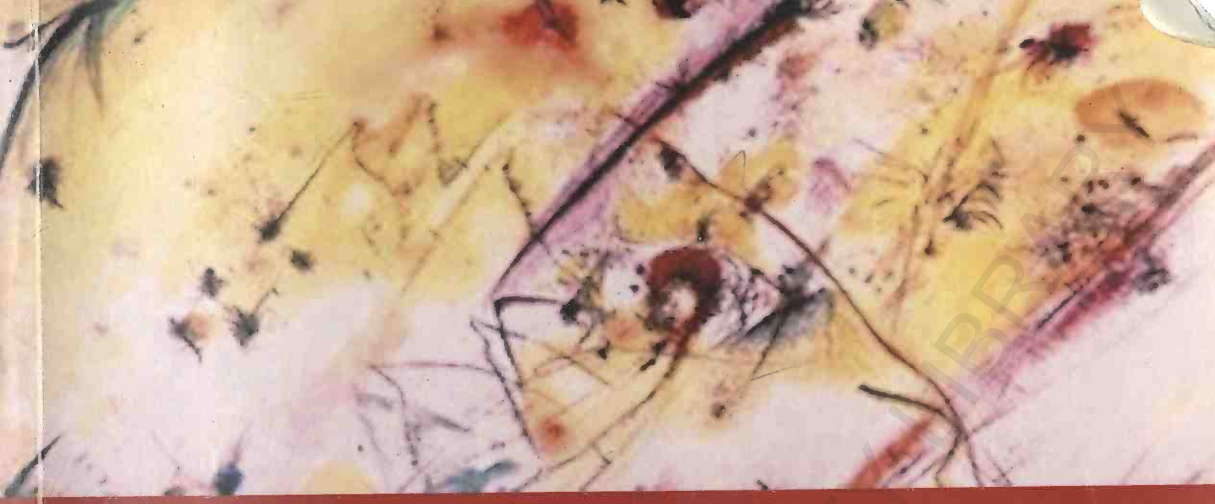


Devianța socială la tineri

Dependența de substanțe

SOCIOLOGIE

A

ACADEMICA

Mihaela Rădoi

III316 884
BCU 1951

INSTITUTUL EUROPEAN

BCU "LUCIAN BLAGA" A UNIVERSITĂȚII CENTRALE

III316 884
BCU IASI

BCUIASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

ACADEMICA

254

Seria

Sociologie

BCUIAS/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Coordonatorul seriei *Sociologie* este Ion I. Ionescu
Consiliul ştiinţific: ALAIN VILBROD, Brest, Franţa; GILLES FERRÉOL, Poitiers, Franţa; ALICE TOME, Lisabona, Portugalia; ANA KRASTEVA, Sofia, Bulgaria; BAUDOUIN HECQUET, Mons, Belgia; EMMANUEL JOVELIN, Lille, Franţa, MARC-HENRY SOULET, Fribourg, Elveţia; JEAN-LOUIS DEROUET, Paris, Franţa; GABOR ERDEI, Budapesta, Ungaria; TERESA PIRES CARREIRA, Algarve, Portugalia.

Mihaela RĂDOI este lector universitar doctor la Universitatea „Alexandru Ioan Cuza" din Iaşi, Facultatea de Filosofie şi Ştiinţe Social Politice, Departamentul de Sociologie şi Asistenţă Socială. A absolvit Facultatea de Filosofie şi Stiinţe Social Politice, specializarea Asistenţă Socială, masterul de Management Social şi Dezvoltare Comunitară şi a obţinut diploma de doctor în domeniul sociologie (2011). Activitatea didactică şi de cercetare este focalizată pe domenii precum: deontologia profesiei de asistent social, formarea profesională continuă, deontologia şi legislaţia muncii, devianţă socială, adicţii. Este autoare a numeroase articole şi studii în domenii pe care le predă şi le cercetează, fiind coautoare a volumelor *Politica ocupării forţei de muncă* (2008) şi *Sisteme de acţiune socială* (2008).

Mihaela Rădoi, *Devianţa socială la tineri. Dependenţa de substanţe*
© 2015 Institutul European Iaşi pentru prezenta ediţie

INSTITUTUL EUROPEAN
Iaşi, str. Grigore Ghica Vodă nr. 13, O. 1, C.P. 161
euroedit@hotmail.com.; www.euroinst.ro

Descrierea CIP a Bibliotecii Naţionale a României

RĂDOI, MIHAELA
Devianţa socială la tineri. Dependenţa de substanţe / Mihaela Rădoi; pref.: Ion I. Ionescu. - Iaşi: Institutul European, 2015
Bibliogr.
Index
ISBN 978-606-24-0115-3

I. Ionescu, Ion I. (pref.)

613.83

Reproducerea (parţială sau totală) a prezentei cărţi, fără acordul Editurii, constituie infracţiune şi se pedepseşte în conformitate cu Legea nr. 8/ 1996.

Printed in ROMANIA

BCU IAŞI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

I 22605

MIHAELA RĂDOI

DEVIANȚA SOCIALĂ LA TINERI
Dependența de substanțe

Prefață de Ion I. IONESCU

ACU
0 000010 42279 BCU IASI

INSTITUTUL EUROPEAN
2015

BCU IASI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Cuvinte-cheie: devianță, delincvență juvenilă, consum de droguri, abuz de droguri, adolescent

1 0 NOV. 2015

BCUIAȘI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Cuprins

Prefață / 7

Capitolul 1. **Drogurile, cadru general de analiză și delimitări conceptuale / 9**
1.1 Scurt istoric al consumului de droguri / 9
1.2 Drogurile – cadru general de analiză și delimitări conceptuale /13
1.3 Conceptul de dependență – noțiuni generale / 19
1.4 Particularități în definirea consumului de alcool / 25

Capitolul 2. **Droguri licite, droguri ilicite. Particularități și estimări ale consumului de droguri în Europa / 29**
2.1 Principalele categorii de droguri întâlnite în traficul ilicit / 29
2.1.1 Estimări ale consumului de droguri ilegale în Europa / 35
2.1.2 Consumul experimental de droguri / 37
2.2 Principalele categorii de droguri legale / 38
2.2.1 Amfetaminele / 38
2.2.2 Alcoolul / 40
2.2.3 Tutunul / 45
2. 3 Estimări ale consumului de droguri legale în Europa / 47
2.3.1 Consecințe și costuri sociale ale consumului de alcool și tutun în Europa / 49

Capitolul 3. **Teorii și modele explicative ale devianței și consumului de droguri / 55**
3.1 Devianța și delincvența juvenilă – delimitări conceptuale / 55
3.1.1 Delincvența juvenilă / 57
3. 2 Teorii cu privire la devianță / 59
3.3 Teorii și modele explicative ale consumului de substanțe – analiză din perspectiva construirii modelelor de intervenție / 64
3.3.1.Teoriile și modelele parțiale sau bazate pe puține componente / 66
3.3.2.Teorii și modele evolutive sau bazate pe stadii / 69
3.3.3 Teorii integrative și comprehensive / 74

Capitolul 4. **Factori determinanți ai delincvenței și ai consumului de droguri / 89**
4.1 Factori determinanți ai delincvenței juvenile / 89
4.1.1 Analiza factorilor ereditari în studiul delincvenței juvenile / 90
4.1.2 Factori familiali determinanți ai comportamentului deviant / 94
4.1.3 Rolul factorilor psihici în determinarea comportamentului deviant / 99
4.1.4 Rolul mediului școlar în favorizarea comportamentului deviant / 100
4.1.5 Aglomerările urbane și influența lor asupra comportamentului deviant / 102
4.1.6 Influența mass-media și delincvența juvenilă / 106
4.1.7 Rolul factorilor economici în determinarea comportamentului deviant / 107

BCU CLUJ UNIVERSITY LIBRARY

4.2 Importanța analizei factorilor de risc în elaborarea programelor de prevenire a consumului de droguri / 109
4.3 Metode și principii de tratament în adicții / 118
4.3.1 Modalități de intervenție în funcție de stadiul consumului / 120
4.3.2 Strategii de intervenție pentru combaterea consumului și traficului de droguri în lume / 129
4.3.3 Intervenții în domeniul tratamentului și al sănătății / 131
4.3.4 Tendințe în consum și modalități de prevenire / 132
4.4 Cercetarea în domeniul drogurilor / 140
4.4.1 Planul de acțiune al UE în domeniul drogurilor / 143
4.4.2 Realizări internaționale și europene în domeniul politicilor privind combaterea consumului de droguri / 144
4.4.3 Strategia națională antidrog: priorități, politici și cadrul juridic existent / 150

Capitolul 5. **Strategii de intervenție în consumul de droguri. Rolul familiei, al școlii și al comunității în prevenirea consumului de droguri / 161**
5.1 Consumul de droguri în rândul tinerilor. Cercetare privind consumul de substanțe în rândul tinerilor din Municipiul Iași / 161
5.1.1 Intervenția în școală / 165
5.1.2 Relația școală-familie / 168
5.1.3 Consumul de droguri / 170
5.1.4 Mediul de consum / 176
5.1.5 Modalități și surse de procurare a drogurilor / 178
5.1.6 Factori determinanți ai consumului de droguri / 180
5.1.7 Disponibilitatea față de consum / 183
5.2 Strategii de prevenție și modalități de intervenție în adicții / 186
5.2.1 Vizibilitatea programelor de intervenție în domeniul drogurilor / 191
5.3 Prevalența consumului de droguri în rândul elevilor din Municipiul Iași / 196
5. 4 Profilul consumatorului de droguri, elev, în Municipiul Iași / 198
5. 5 Concluzii /

ANEXE / 211
Bibliografie / 217
Indice / 231
Summary / 237

BCUIAȘI/CENTRU UNIVERSITY LIBRARY

Prefață

Structurată pe cinci capitole, lucrarea doamnei Mihaela Rădoi urmărește problematica deosebit de complexă a dependenței de substanțe psihotrope, a raportului dintre educație și politicile sociale în domeniu, dintre sistemul juridic internațional, cel european și planul național de prevenire și combatere a consumului și a traficului de droguri. Problema cea mai importantă pe care o pune în discuție este însă aceea a necesității identificării și realizării unei strategii coerente de intervenție în domeniu. Demersul științific întreprins de autoare este acoperit și motivat, pe de o parte de realitățile sociale contemporane, iar pe de alta, de eforturile sociale necesare pentru reintegrarea socio-profesională a persoanelor consumatoare de droguri. Preocuparea sa principală este aceea de a identifica soluții de implicare și de responsabilizare a autorităților de profil pentru prevenirea și diminuarea consumului de droguri, dar și de evitarea marginalizării și excluderii sociale a consumatorilor de substanțe psihotrope.

Lucrarea abordează problematica amintită dintr-o perspectivă pluridisciplinară, oferind informații privind evoluția și amploarea fenomenului, consecințele consumului de droguri, măsuri de prevenție și modele de intervenție. Adicția, consumul de droguri, consumatorul de droguri sunt teme tratate din perspectivă istorică, prin analiză comparată, pornind de la concepte de bază, modele teoretice, politici sociale și de intervenție în domeniu, concomitent cu analiza reflexivă menită să identifice cauze ale existenței și proliferării acestui fenomen, dar și forme și metode de responsabilizare a instituțiilor statului. Este remarcată dependența individului consumator de droguri de servicii și prestații sociale care – subliniază autoarea – sunt insuficiente și inadecvate, generând forme complexe de ... pluridependență la nivel familial, comunitar și social.

Primul capitol, *Drogurile – cadru general de analiză și delimitări conceptuale*, cuprinde operaționalizarea conceptelor de drog și dependența de drog.

Al doilea capitol, *Droguri licite, droguri ilicite. Particularități și estimări ale consumului de droguri în Europa*, face o analiză tipologică a drogurilor întâlnite în traficul ilicit, a principalelor droguri legale și a efectele acestora asupra consumatorilor.

Capitolul al treilea, *Teorii și modele explicative ale devianței și consumului de droguri*, prezintă dependența și devianța în rândul adolescenților

(delincvența juvenilă), teorii şi modele explicative ale consumului de substanțe, precum şi o perspectivă asupra construirii modelelor de intervenție.

În capitolul patru, *Factori determinanți ai delincvenței şi ai consumului de droguri*, este realizată o tipologie a principalelor categorii de factori de risc şi de protecție în consumul de substanțe.

Capitolul cinci este dedicat *Strategiilor de intervenție în consumul de droguri. Rolul familiei, şcolii, comunității în prevenirea consumului de droguri.*

Partea de cercetare – acțiunea vizează consumul de droguri în rândul elevilor de liceu din municipiul Iaşi, modalități de intervenție şi metode de tratament, rolul factorilor de risc în elaborarea programelor de prevenire a consumului de droguri, modalități de intervenție în funcție de stadiul consumului şi în mediul şcolar bazate pe formarea abilităților de viață. Adolescența este vârsta căutărilor de noi experiențe, vârsta tuturor experimentărilor, deci şi a adoptării unor comportamente riscante, precum cel a consumului de droguri. Dacă ne „dăm cu părerea", am spune că „îi împinge" spre adoptarea unui asemenea comportament „sentimentul de abandon", dificultatea de a găsi un sens în viață şi un sens vieții în general, în condițiile unui mediu social ostil şi al unui anturaj „prietenos", dispus să reducă tensiuni psihice, profitând de neatenția părinților. Nimic nu poate înlocui căldura unui grup în care adolescenții împărtăşesc idei şi vise. Riscul consumului de droguri într-un anturaj e mare în cazul tinerilor fără repere. Tributar viziunii sociologice constructiviste, subliniez necesitatea prezentării consumului de droguri la adolescență din perspectivă clinică, socio-psihologică, nu doar morală, fiindcă dependența de drog e şi o boală, nu doar o „devianță", iar fenomenul nu trebuie abordat doar din perspectivă catastrofistă, dar nici banalizat. Trebuie identificată cu precizie natura consumului, motivația consumatorului, modalitatea de exercitare a autorității parentale, a autorității medicilor şi a altor specialişti. Educația adolescenților devine în acest context crucială, deoarece adolescența este intervalul în care copilul devine adult, un membru al societății.

Utilizând metode şi tehnici de investigare verificate şi consacrate, autoarea a reuşit să obțină date şi informații relevante, apte să verifice ipotezele de lucru şi să fundamenteze soluții de intervenție. În ansamblu, lucrarea are un standard ştiințific ridicat, raportează constant demersul ştiințific la realitățile sociale, foloseşte teorii explicative consacrate, oferă o viziune critică asupra domeniului cercetat, dar şi concluzii şi soluții fezabile. Este o carte utilă celor implicați de fenomen, dar şi celor care cât trăiesc învață să se ferească de ispite noi...

Ion I. IONESCU

B.C.U. „M. EMINESCU" IAȘI

Capitolul 1

Drogurile, cadru general de analiză și delimitări conceptuale

În toate societățile și în toate timpurile, oamenii au consumat droguri sub diferite forme. Unele societăți au fost foarte permisive față de consum, altele, în special cele contemporane, au condamnat și au încercat prin diferite mijloace să combată acest fenomen. Reacția publică față de drog, dar și credințele religioase sunt cele care, în diferite etape ale istoriei, au definit drogul ca fiind bun sau rău. Astfel, drogul a fost acceptat, sau nu, în funcție de reacția publică față de acesta și de definirea sa de către societate.

1.1. Scurt istoric al consumului de droguri

Odată cu descoperirea Americii, Cristofor Columb descoperă tutunul fumat la populația băștinașă și aduce planta în Lumea Veche

Deși a caricaturizat consumul de tutun, regele Angliei, James, observând cât de profitabil este comerțul cu această plantă, a declarat monopol regal.

Sultanul Turciei a ordonat, în 1623, condamnarea la moarte a celor care fumau; totuși, câțiva ani mai târziu, în 1655, fumatul a devenit un obicei permis bărbaților. În aceeași perioadă, atât țarul Rusiei, cât și împărații chinezi condamnau fumatul instituind pedepse precum tăierea nasului sau decapitarea. (Henslin, J. M., 1990, p. 110).

Consumul de cafea a cunoscut, de asemenea, perioade în care a fost acceptat, dar și perioade în care a fost interzis. Arabia, țară în care consumul de cafea constituie un obicei cultural, a avut perioade în care a interzis consumul. Deoarece preoții musulmani credeau că este o băutură toxică, iar Coranul prevedea interzicea acestui obicei, boabele de cafea erau distruse, iar comercianții erau bătuți la tălpi. În pofida acestor pedepse, oamenii au continuat să consume cafea pentru a putea rezista în timpul slujbelor religioase.

În ceea ce privește consumul de alcool, diferențele de cultură religioasă sunt semnificative. Lumea creștină este tolerantă cu privire la alcool, folosindu-l la marile momente religioase, în timp ce în lumea islamică acesta este prohibit.

După Himmelstein, J. L., (2002), motivele consumului de droguri au fost foarte diverse cuprinzând: modificarea conștiinței și comportamentului, ușurarea durerilor, optimizarea stării de bine, atingerea unor performanțe, explorarea sinelui, explorarea lumii de dincolo, sau atingerea stării de grație.

În America de Sud, indienii foloseau frunze de coca, mărturia acestui fapt constituind-o statui datate 300 î.Hr., reprezentând figuri cu obrajii umflați (Goode, E., 1999, p. 56).

În India, China, Grecia, Asiria, Teba, textele menționează practica inhalării sau fumatului marihuanei și canabisului. Aztecii precolumbieni obișnuiau să mestece ciuperci halucinogene care conțineau psilocybină, iar locuitorii indieni ai Americii de Nord foloseau cactusul fără spini, care conține mescalină, cu scopul de a atinge stări și viziuni extatice.

Folosite inițial aproape exclusiv în ritualuri religioase, ulterior drogurilor le-au fost găsite și alte întrebuințări, precum cele medicale și, ulterior, consumul recreațional.

În perioada 460-370 î.Hr., Hipocrat recomanda consumul de mătrăgună, amestecat cu vin, în stările de depresie și anxietate. Penadius Dioscoride (70 d.Hr.) prezintă în lucrarea „De Materia Medica" proprietățile medicale ale canabisului, în aceeași perioadă, cultivarea cânepei fiind o practică în Imperiul Roman. În jurul anului 400 creșterea cânepei este semnalată și în Marea Britanie, iar odată cu răspândirea islamismului (aproximativ 680 d.Hr.) consumul de canabis este răspândit și în Orientul Mijlociu. Consumul de marijuana a fost încurajat în China chiar de un împărat (2700 î.Hr.) (care avea și rolul de vindicator), pentru ameliorarea diferitelor afecțiuni: gută, reumatism, malarie, beri-beri sau afecțiuni psihice.

În secolul al XVIII-lea, dependența de opiu a devenit o amenințare pentru locuitorii Chinei, astfel încât au fost impuse măsuri legislative referitoare la consumul, producerea și traficarea acestei substanțe. În aceeași perioadă, opiumul a devenit o amenințare inclusiv pentru populația britanică și a Europei continentale (Lamb, L., 2002, cap. 2). Secolul al XVI-lea a cunoscut o creștere a comerțului cu corăbii[1], iar comercianții, pe lângă condimente, fructe, metale și lemn, aduceau și droguri, în special haşiş și opiu (comercianții portughezi fiind primii care au adus haşiş în Europa).

În 1790, canabisul și derivații săi au fost impozitați în Marea Britanie, pentru a produce venit și a plăti, astfel, datoria pe care o avea Compania Indiilor de Est. În aceeași perioada au fost impozitate atât alcoolul, cât și tutunul. Deși, la inițiativa Guvernatorului general, a existat o dezbatere referitoare la interzicerea

[1] Regele Henry XVIII, în 1533, a emis o proclamație regală care impunea o amendă tuturor celor care nu cedau o parte din pământul pe care îl dețineau pentru producția de cânepă necesară marinei.

hașișului (ganja și charas pentru că erau droguri din cânepă indiană), britanicii au refuzat, consumul de canabis fiind o sursă bună de mărire a veniturilor.

Florile de cânepă erau folosite ca medicament popular în Europa. În 1538, primul botanist britanic, William Turner, a catalogat cânepa ca medicament în lucrarea lui „New Herbal". În 1783, naturalistul francez Jean-Baptiste de Lamarck a reclasificat canabisul în două specii principale: sativa și indica.

Putem spune că în Franța consumul de haşiş a început odată cu invadarea Egiptului de către Napoleon (1798), pentru a distruge comerțul britanic. Flota franceză a fost distrusă, iar trupele au ramas izolate în Egipt. Fiind o țară islamică, alcoolul era indisponibil, astfel încât trupele franceze au apelat la consumul de haşiş. În 1800, o interdicție a consumului de haşiş a fost impusă pentru trupele franceze în Egipt, dar a fost ineficientă, iar atunci când blocada britanică a fost ridicată, trupelor li s-a permis să se întoarcă acasă, și au adus cu ei haşiş.

Folosit inițial în scopuri terapeutice, necunoscându-se efectele nocive pe care acesta le avea asupra sănătății (un exemplu fiind Paganini, care era tratat de sifilis cu opiu și mercur), în Europa, opiumul și cannabisul au apărut în mediile artistice, atribuindu-li-se valențe de stimulare a creativității de către scriitori și artiști ca Baudelaire sau Delacroix, membri ai așa-zisului „Club al consumatorilor de haşiş" (*Club des hachishiens*).

Canabisul a fost utilizat pe scară largă în America de Sud, în gospodăriile țărănești, adus acolo inițial din Spania și Portugalia. În 1870, au fost adoptate, pentru prima oară în America, acte legislative împotriva canabisului, pentru că s-a crezut că i-a făcut pe indienii Coolies bolnavi și nevoiași. Legile au fost ignorate, deoarece proprietarii de mine au constatat că lucrătorii lor erau mai productivi, în cazul în care li se permiteau pauze de fumat periodice. În 1875, primele legi împotriva opiumului au fost adoptate în San Francisco și apoi în întreaga națiune americană. Aceste legi vizau, de fapt, reducerea influenței chineze, dar erau prezentate ca măsuri pentru a proteja tinerii, de culoare alba, de obiceiul distructiv de a consuma canabis.

În 1880, multe medicamente pe bază de canabis și tincturile sale au fost fabricate de companiile farmaceutice. În această perioadă, calmantele pe bază de haşiş și marijuana, chiar și țigările de marijuana au fost prezentate și folosite ca remedii pentru diferite boli. Imposibilitatea evaluării unei doze corecte, deoarece tincturile de canabis nu erau pure, a dus la multe cazuri de otrăvire cu canabis. Ca drog de agrement, canabisul nu a fost, niciodată, la fel de popular ca opiumul, pe de o parte pentru că nu acționa imediat, iar pe de altă parte, opiumul era disponibil ca laudanum sau alte amestecuri gata preparate pentru consum.

În jurul anului 1885 au început să apară drogurile sintetice, cum ar fi acidul acetilsalicilic (aspirina).

În 1894, Indian Hemp Drugs Commission a publicat un raport cu privire la consumul de canabis și efectele sale asupra oamenilor (studiu efectuat pe locuitorii

Indiei), ca răspuns la o cerere formulată de William Caine. Acest raport rămâne în continuare unul dintre cele mai aprofundate studii referitoare la canabis de până în prezent. Rezumatul a concluzionat că efectele consumului de canabis nu sunt dăunătoare sănătății, și, în cazul în care guvernatorul dorea să limiteze utilizarea acestuia, cel mai bun mod de a face acest lucru ar fi fost prin impozitare.

Sigmund Freud (1856-1939) observând la pacienții săi efectele cocainei, aduce în atenția farmacologului Carl Koller acest lucru, fapt ce va determina ulterior folosirea cocainei ca anestezic în procedurile chirurgicale. A urmat o perioadă în care unele dintre substanțele recent descoperite – morfină, laudanum, cocaină – au fost complet nereglementate și prescrise în mod liber de către medici pentru o mare varietate de afecțiuni; erau medicamente disponibile și vândute inclusiv de curieri, dar și în farmacii, sau prin poștă.

În Statele Unite la sfârșitul secolului al XIX-lea, odată cu încheierea Războiului Civil, a luat amploare consumul de droguri, în special de morfină. Folosiți inițial pentru tratamentul soldaților și al deținuților, derivații canabisului, alături de halucinogene au fost, ulterior, droguri alese de adepții mișcărilor sociale și revoltelor politice specifice anilor 1960. Schimbările survenite în atitudinile publice au determinat dezincriminarea consumului de drog și au dus chiar la legalizarea unora dintre ele.

Secolul XX a adus proliferarea consumului de droguri în aproape toate zonele lumii, dar și începutul programelor de luptă împotriva acestora. De remarcat este că, de cele mai multe ori, campaniile de luptă împotriva uzului de substanțe nu au făcut decât să producă ceea ce Raymond Boudon a numit „efecte perverse". Semnificativă, în acest sens, fiind perioada prohibiției din Statele Unite, perioadă în care crima organizată, producerea și traficul de alcool au devenit una dintre cele mai profitabile afaceri.

Intoleranța față de consum (specifică secolului XX) a determinat și modificarea legislației drogurilor. Astfel, de exemplu, a devenit obligatorie inscripționarea cu atenționări asupra efectelor pe care le are consumul de tutun asupra sănătății individuale, dar și a celor din jur. A fost recunoscut sindromul alcoolic fetal și, în consecință, unele state au apelat la inscripționarea de avertismente pe sticlele cu alcool referitoare la pericolul consumului de către femeile gravide. Industria de medicamente a introdus în prospecte efectele pe care acestea le au asupra individului, cu atenționări speciale pentru femei însărcinate și pentru șoferi. Spre deosebire de perioadele de început ale umanității, când oamenii aveau la îndemână un drog sau altul, modernitatea, prin globalizarea comerțului, dar și prin dezvoltarea industriei farmaceutice (sintetizarea ingredienților unor substanțe naturale) a făcut ca drogurile în toate formele lor să poată ajunge foarte ușor la consumatori și, totodată, au dus la apariția unui număr mare de droguri: cocaina, amfetaminele, barbituricele, LSD-ul etc.

1.2. Drogurile – cadru general de analiză și delimitări conceptuale

„Însoțindu-ne încă din zorii umanității, spune Jenică Drăgan (1994, p. 39), drogul continuă să fascineze, să suscite interes, să reclame contramăsuri, dar să și pună întrebări cărora nu li s-a răspuns deocamdată mulțumitor" (Drăgan, J., 1994, p. 39). Din punct de vedere etimologic, drog este un cuvânt de origine olandeză (*droog*), semnificația primară a conceptului fiind cea de substanță medicamentoasă. (Drugescu, N., 2001, p. 81). Ulterior, sensul termenului a evoluat, semnificația sa fiind de acea substanță de natură a produce modificarea funcțiilor cognitive și motrice ale organismului și care poate crea dependență.

Drogul a fost definit de către Drăgan, J. (1994, p. 41) drept „orice substanță utilizată în terapeutică, datorită unor proprietăți curative, dar al cărei efect este, câteodată, incert și nociv pentru organismul uman" (Drăgan, J., 1994, p. 41). Din punct de vedere farmacologic, drogul este substanța utilizată în medicină și a cărei administrare abuzivă poate crea dependență fizică și/sau psihică ori tulburări grave ale activității mentale, percepției, comportamentului și cunoștinței.

Sensul clasic al termenului este considerat a fi (Organizația Mondială a Sănătății – Seria de rapoarte tehnice nr. 836/1993, p. 6;) „acea substanță care, odată absorbită de un organism viu, poate modifica una sau mai multe funcții ale acestuia" (Organizația Mondială a Sănătății – Seria de rapoarte tehnice nr. 836/1993, p. 6). În conformitate cu unele recomandări ale Organizației Mondiale a Sănătății, substanțele sau clasele de substanțe psihoactive (drogurile) care produc asemenea modificări și generează dependența sunt următoarele: acoolul, opiaceele, derivatele canabisului, sedativele și hipnoticele, cocaina, halucinogenele, tutunul, solvenții volatili, alte substanțe psihoactive și substanțe, din diferite clase, utilizate în asociere.

Potrivit documentelor internaționale, sunt definite ca droguri: „stupefiantele supuse controlului internațional, prin Convenția Unică privind Stupefiantele, din 1961" (secțiunile I și II) și „substanțele psihotrope al căror control internațional este prevăzut de Convenția privind Substanțele Psihotrope, încheiată în anul 1971" (secțiunile I, II, III și IV).

Psihotrope, sunt considerate toate substanțele de origine naturală (vegetală, animală ori minerală) sau de sinteză, susceptibile să modifice într-un mod oarecare activitatea psihicului și comportamentului uman. „Ele acționează direct asupra sistemului nervos central, influențând inegal selectiv sau global atât funcțiile psihice instinctive, cât și procesele mintale și emoționale" (Bărbulescu, M., Prodan, E., Grigorescu, I., 1979, p. 105).

În fabricarea anumitor droguri sunt folosite unele substanțe chimice (precursori), care sunt prevăzute în Tabelul IV din Legea nr. 143/2000. Precursorii sunt „substanțele chimice, sărurile acestora, precum și amestecurile ce conțin astfel de substanțe, folosite în fabricarea ilicită a drogurilor", (art. 2 lit. A, Legea nr. 300/2002 publicată în M. O. nr. 409/13 iunie 2002). Regimul juridic al acestor substanțe este reglementat de Legea nr. 300/2002 modificată și completată de Legea 505/2004 (M. O. nr. 1133/1 decembrie 2004).

Henslin, J. (1990, p. 114) definește drogul ca fiind orice substanță care produce sau creează schimbări psiholgice și/sau fiziologice în corp.

Dicționarul de sociologie (Zamfir, C., Vlăsceanu, L., 1998, p. 187) definește drogul ca fiind orice materie primă de origine vegetală, animală sau minerală care servește la prepararea anumitor medicamente, dar și ca narcotic, stupefiant, substanță care inhibă centrii nervoși, provocând o stare de inerție psihică și fizică.

Cele mai cunoscute droguri sunt:

- de origine vegetală: cocaina (extrasă din coca), marihuana (din frunze de canabis), hașișul (din inflorescențe și rășini de canabis), morfina și codeina (din mac);
- proveniți din compuși chimici de sinteză, de tipul alcaloizilor (heroina);
- alte substanțe neutilizate în terapeutică, de tipul halucinogenelor.

Goode, E. (1999, p. 58) atenționează asupra definițiilor prea largi care pot fi aplicate la o multitudine de substanțe, băuturi sau alimente. Astfel, nu poate fi identificată o caracteristică sau un efect anume specific tuturor drogurilor; unele substanțe sunt agenți psiho-activi cu caracter toxic, altele nu, unele provoacă dependență, unele sunt utilizate în medicină în timp ce altele sunt utilizate de către oameni tocmai pentru a-și modifica funcțiile fiziologice, comportamentale sau emoționale (cafeaua, alcoolul, medicamentele).

Un alt criteriu, mai specific, în definirea drogurilor este legat de efectele pe care acestea le au asupra sănătății oamenilor. Putem aminti aici efectele pe care le are alcoolul sau tutunul (droguri legale, acceptate în majoritatea societăților). Violența, problemele familiale, accidentele rutiere, afecțiunile grave ale ficatului, dar și scăderea productivității muncii și excluderea socială sunt doar câteva din efectele pe care le are consumul abuziv de alcool, în timp ce bolile cardiovasculare și cancerul sunt apanajul consumului de tutun.

> Numărul fumătorilor din Uniunea Europeană rămâne ridicat (circa o treime din populație), iar problemele de sănătate generate de tabagism conduc la aproximativ 650.000 de decese pe an. Aproape jumătate din acestea se înregistrează în rândul persoanelor cu vârste cuprinse între 35 și 69 de ani sub vârsta speranței medii de viață. (Comisia europeană, Barometrul Special Special 332, 2010, http://ec.europa.eu/health/tobacco/docs/ebs332_en.pdf)

Conform statisticilor din raportul „Alcoolul în Europa: O problemă de sănătate publică", elaborat de către dr. Peter Anderson, specialist în politici privind consumul de alcool și tutun al Universității Oxford (http://www.ox.ac.uk) – anual peste 115.000 de persoane mor din cauza alcoolului. O medie absolută de 7,4% dintre decesele premature și afecțiunile de sănătate (accidentele fizice și/sau rănirea personală ori a altora în stare de ebrietate, cancer, accidente vasculare, hepatita), precum și o alta, de 2.000 de omucideri, apar în statistici tot din cauza alcoolismului. De asemenea, alcoolul cauzează anual aproximativ 60.000 de nașteri premature.

Conform datelor OMS, privind consumul de alcool în rândul populației cu vârsta peste 15 ani, în România se înregistrează un consum de 7,39 litri alcool pur/locuitor/an, sub media europeană și media consumului din Olanda, Belgia, Italia, Grecia, Portugalia, Spania și Ungaria, unde se înregistrează un consum de peste 9-10 litri/locuitor/an (Anderson, P., 2006).

Problema, care apare, deci, în definirea drogurilor aduce în atenție gradul de acceptabilitate a acestora de către populație. Orice definiție a drogului trebuie să ia în considerare dimensiunea socială, culturală și contextuală. „Conceptul de drog este, în același timp, un artefact cultural, o invenție socială care se aplică la anumite tipuri de substanțe în contexte sau locații specifice. Un drog este ceva care a fost definit de anumite segmente ale societății ca fiind drog. Societatea definește ce este un drog, iar această definiție socială modelează atitudinile noastre față de clasa de substanțe astfel etichetate" (Goode, E., 1999, p. 19).

Definirea termenului de drog impune de la început delimitarea a două concepte: *droguri ilegale și droguri legale*. Drogurile legale cuprind alcoolul, cofeina, tutunul, substanțe etnobotanice precum și cea mai mare parte a medicamentelor.

Dicționarul de Sociologie, Oxford, face diferența între droguri legale și cele ilegale. Abraham, P. (2005, p. 27) aduce în atenție că multitudinea contextelor în care problematica drogurilor este analizată, face dificilă definirea termenului de drog și consideră necesar includerea în definirea termenului a reglementărilor legislative privind substanțele interzise, făcându-se astfel diferențierea între drogurile legale și cele ilegale.

Aceeași diferențiere privind definirea drogurilor și clasificarea acestora în droguri legale și ilegale o întâlnim și la Neamțu, G. (2005, p. 380): „Clasificarea și tipologiile drogurilor se realizează pe diverse criterii, în funcție de domeniul în care este abordată problema; cele mai frecvente situații fac referire la aspectul legal/ilegal al consumului și substanțelor și la consecințele pe care le produc la diferitele paliere de organizare a personalității umane și la nivelul relațiilor sociale". După același autor, clasificarea drogurilor în droguri legale și ilegale are în vedere atât drogul ca atare, efectele sale, cât și statutul utilizatorilor lui. Categoria drogurilor licite cuprinde alcoolul, tutunul, cofeina, precum și substanțele farmaceutice procurabile cu sau fără prescripție medicală, în timp ce în categoria

drogurilor ilicite sunt cuprinse o serie de substanțe în privința cărora instituții naționale și internaționale au elaborat acte normative ce reglementează atât producerea și traficul, cât și consumul.

Drogul ilegal este o substanță chimică, naturală sau sintetică care acționează asupra creierului producând modificări ale conștienței și implicit ale comportamentului, manifestându-se prin stări euforice, reacții paranoice, halucinații. Inițial (sfârșitul secolului al XIX-lea și începutul secolului XX), droguri precum morfina, heroina sau LSD-ul erau folosite în scopuri terapeutice. Ulterior, observându-se efectele pe care le au asupra organismului, ele au fost interzise.

Referindu-se la modul în care oamenii percep efectele drogurilor, Goode, E. (1999, pp. 7-8) diferențiază trei direcții principale:

- poziția absolutistă, conform căreia toate drogurile (atât cele legale, cât și cele ilegale) au efecte dăunătoare, indiferent de contextul în care se consumă și de caracteristicile consumatorilor;
- poziția moderată, conform căreia drogurile legale, dacă sunt consumate în mod adecvat, au chiar efecte pozitive, în schimb drogurile ilegale au efecte negative asupra organismului, folosirea acestora fiind echivalentă cu abuzul de droguri;
- poziția legalistă conform căreia drogurile legale, așa cum sunt medicamentele, nu sunt considerate droguri, și legea trebuie să fie cea care stabilește ce este un drog.

Julian, J. și Kornblum, W. (1983, pp. 120-121) subliniază că, deși percepțiile subiective (modul în care populația percepe consecințele utilizării drogului și modul în care percepția se concretizează în acțiuni sociale-norme, politici, legi, programe) se bazează pe percepția obiectivă (măsura în care o anumită substanță produce probleme fiziologice, psihologice, sau sociale), „foarte adesea ele se bazează pe practici din trecut și combinații între viziunea științifică și cea tradițională cu privire la o anumită substanță". Astfel, definițiile contextuale par cele mai adecvate și cele mai folositoare, deoarece implică de la început o delimitare a sferei conceptuale.

Goode, E. (1999, p. 60) a identificat criteriile sau dimensiunile în baza cărora se poate stabili ce sunt, cum acționează și cum sunt privite substanțele care poartă denumirea de drog:

- psiho-activitatea – capacitatea unei anumite substanțe de a influența psihicul uman;
- utilitatea medicală – substanțe acceptate din punct de vedere medical și folosite în scop terapeutic;
- ilegalitatea – vizează acele substanțe a căror posesie și comercializare sunt definite ca ilegale;
- definirea publică – se referă la acele substanțe pe care majoritatea populației le identifică drept droguri.

În anii '60, în Statele Unite, reprezentanți ai mișcării în favoarea consumului de droguri afirmau că drogurile psihedelice, în special LSD-ul, au proprietatea de a-i face pe oameni mai buni, mai înțelepți, în acord cu lumea și cu ei înșiși, în schimb drogurile legale precum alcoolul și tutunul nu fac decât să diminueze acuitatea mentală și capacitatea critică a oamenilor, argumentând, astfel că societatea tolerează consumul drogurilor legale tocmai fiindcă acestea ar diminua reacția indivizilor la problemele sociale.

Concluzionând, nu există o definiție comună a drogurilor, ci o multitudine de definiții care au la bază în special criterii de ordin psihologic și social în detrimentul celor de ordin medical.

Clasificarea și tipologia drogurilor se realizează pe diverse criterii, în funcție de domeniul în care este abordată problema. Cea mai frecvent utilizată clasificare este cea care definește drogul *din punct de vedere al acceptabilității sociale*, existând astfel droguri legale și droguri ilegale.

În ceea ce privește *apartenența la o clasă sau alta* a drogurilor, părerile sunt împărțite tocmai luând în considerație *efectele duale ale drogurilor* (Porot, A., Porot, M., 1990, p. 36). Cocaina considerată un stimulent, consumată în doze mari poate provoca halucinații, crize paranoice și depresii. Majoritatea consumatorilor de cocaină o folosesc în cantități mici și, doar ocazional, existând puține dovezi că efectele acestui drog ar fi dăunătoare (Rădulescu, S., Dâmboeanu, C., 2006, p. 28). În cazul marijuanei, în 1972, s-a stabilit că nu are efecte nocive asupra sănătății, dar este o substanță asociată cu conduite ilegale, mișcări antisociale, cu mișcările studențești și cu mișcarea hippie așa încât, mai ales din aceste motive, consumul este interzis. Consumul de canabis (marijuana) în condiții diferite acționează diferit: poate fi stimulent, sedativ, analgezic sau halucinogen moderat. Deși nu produce în mod direct tulburări psihice, le poate agrava pe cele existente. Amfetaminele sunt substanțe sintetice stimulative folosite și în practica medicală. Folosirea lor are efecte imediate, dar nu produce efecte halucinogene. Folosirea pe perioade îndelungate are efecte secundare foarte puternice, așa încât acestea au fost eliminate din tratamentul medical al mai multor boli. Acidul lisergic dietilamina (LSD) consumat în doze mici duce la o intensificare de scurtă durată a senzațiilor, în timp ce o doză mai mare poate duce la halucinații puternice și de lungă durată (până la 24 de ore). Deoarece este asimilat foarte încet, pot apărea retrăiri ale stărilor halucinogene (*flash-back*-uri), ceea ce determină modificări ale siguranței și eficacității activităților pe termen lung.

Un alt criteriu de clasificare are în vedere efectele pe care drogul le produce la nivel comportamental. Conform acestui criteriu există șapte categorii de substanțe: antidepresive, sedative (depresive), anxiolitice, neuroleptice (antipsihotice și tranchilizante majore), stimulente, narcotice-analgezice (analgezice euforizante), halucinogene (psihedelice).

În literatura de specialitate, dar și în practică, există numeroase clasificări ale drogurilor, având la bază diferite criterii, cele mai cunoscute fiind:

- după efectul produs asupra sistemului nervos central;
- după originea lor;
- după regimul juridic al substanțelor;
- după dependența generată.

Un alt criteriu de clasificare a drogurilor îl reprezintă cel al efectelor pe care acestea le au asupra sistemului nervos central și care se consideră, în general, cel mai adecvat. Acest criteriu este utilizat în practică de organismele ONU, preluat și de Organizația Internațională de Poliție Criminală – Interpol. În conformitate cu acest criteriu, drogurile se clasifică astfel:

- substanțe stimulente sau psihoanaleptice;
- substanțe depresoare sau psiholeptice;
- substanțe perturbatoare (halucinogene) sau psihodisleptice (Bercheșan, V., Pletea, C., 1998, p. 64).

Stimulentele sunt substanțe care accelerează activitatea sistemului nervos central. Din această categorie fac parte: frunzele arbustului de coca, *crack*-ul, *khat*-ul, amfetaminele, anorexigenele și psihostimulenții. Potrivit lui Drăgan J. (2000, p. 241), acestea se subclasifică în:

- stimulente ale veghii – amfetamina, cofeina, cocaina, cathina. În doze moderate, acestea întrețin starea de veghe, cresc activitatea mintală și creează o senzație de bine;
- stimulente ale umorii – substanțe care îndepărtează starea depresivă.

Depresoarele sunt substanțe care încetinesc activitatea sistemului nervos central, în general având efecte analgezice și sedative. Principalele substanțe care fac parte din această categorie sunt: opiul și derivații săi (morfina și heroina), medicamente pe bază de opiu sau derivați ai acestuia, morfinice de sinteză, barbiturice, tranchilizante și hipnoticele.

Halucinogenele sunt substanțe care perturbă activitatea sistemului nervos central și provoacă alterări ale percepției temporale și spațiale. În fapt, ele „deformează senzațiile și percepțiile celui care le utilizează" (Drăgan J., 2000, p. 118). În această categorie sunt cuprinse canabisul, LSD-ul și mescalina.

O altă clasificare a drogurilor este realizată în funcție de *originea produsului*:

- droguri naturale;
- droguri de semisinteză;
- droguri de sinteză (sintetice).

Drogurile naturale sunt cele obținute direct din plante sau arbuști precum: opiul și opiaceele, canabisul și rășina acestuia, khat-ul, frunzele de coca și derivații săi și alte plante cu principii halucinogene.

Drogurile de semisinteză sunt cele realizate prin procedee chimice pornind de la o substanță naturală extrasă dintr-un produs vegetal (heroina, LSD).

Drogurile de sinteză sunt elaborate în întregime prin sinteze chimice: metadona, mescalina, LSD, amfetamina, designer-drugs, ecstasy ori alte sub-

stanțe psihotrope obținute în laboratoare clandestine. Tot în această categorie sunt incluși și „solvenții volatili și alte produse cu proprietăți asemănătoare drogurilor" (Drăgan J., 2000, p. 40). Tot droguri de sinteză sunt considerate mai multe produse ce sunt deturnate de la folosirea lor tradițională, fiind totodată larg răspândite și ușor de procurat. Acestea antrenează o puternică dependență psihică și uneori fizică, producând și fenomenul de toleranță.

În funcție de regimul juridic al substanțelor, acestea se împart în două categorii:

- substanțe a căror fabricare și administrare sunt supuse controlului (morfina, barbituricele) și care sunt folosite în tratamente medicale;
- substanțe total interzise (LSD, heroină, ecstasy, cocaină).

Un alt criteriu important de clasificare îl constituie *dependența generată* (clasificare de ordin medical). În funcție de aceasta, drogurile se împart în trei categorii:

- droguri ce creează dependență fizică;
- droguri ce creează dependență psihică;
- droguri ce creează dependență mixtă – din această ultimă categorie fac parte cele mai multe stupefiante.

În funcție de *modul de administrare (de consum)*, drogurile pot fi clasificate în: injectabile, ingerabile, de prizare, de masticare, de fumare, inhalare; unele se pot administra și sub formă de supozitoare (Drăgan, J., 1994, p. 47).

În ceea ce privește *drogurile asociate cu abuzul*, clasificarea D.S.M. IV, elaborată de Asociația Americană de Psihiatrie, le diferențiază în următoarele categorii: alcool, sedative, amfetamine, cocaină, cofeină, canabis, halucinogene, inhalante, nicotina, opioidele, fencyclidina, alte droguri.

Drogurile, așa cum sunt ele definite, reprezintă substanțe ori produse naturale, de sinteză sau de semisinteză, care, consumate irațional, (atunci când nu constituie tratament în baza unei prescripții medicale) conduc fără îndoială la o dependență sigură a consumatorului față de ele. În toată lumea, aceste substanțe sunt supuse unui regim strict și controlului internațional.

1.3. Conceptul de dependență – noțiuni generale

În ultimii ani, termenul de adicție a fost folosit în legătură cu orice comportament de tip compulsiv – fie că este vorba de consumul de alcool, substanțe, jocuri de noroc, dependența de internet, dependența de muncă sau bulimie.

Atunci când vorbim despre dependența de droguri ne referim la dependența de substanțe care au efect asupra sistemului nervos central. Când aceste substanțe sunt administrate, ele ajung în creier prin sânge și influențează transferul de stimuli la nivelul celulelor nervoase. Unele substanțe psihoactive, de

exemplu narcoticele, stimulează în mod direct receptorii celulelor nervoase ca neurotransmițători artificiali.

„Dependența sau toxicomania este o stare de intoxicație cronică, caracterizată prin necesitatea constrângătoare de folosire a unor substanțe medicamentoase sau toxice" (Stroescu, V., 1999, pp. 389-390). Se poate spune că „toxicomaniile sunt sinucideri lente, fără intenție sau accidente prin supradoză" (Drugescu, N., 2001, p. 74).

Potrivit definiției Organizației Mondiale a Sănătății, folosirea excesivă continuă sau sporadică a drogurilor, incompatibilă sau fără legătură cu practica medicală, este considerată drept consum ori abuz. Drogurile pot fi folosite de indivizi în mod:

- exceptional și reprezintă acțiunea de a încerca o dată sau de mai multe ori un drog, fără a continua această practică;
- ocazional, folosire a drogurilor în formă intermitentă, fără a se ajunge până la dependență fizică și psihică;
- episodic, folosirea drogurilor într-o anumită împrejurare;
- sistematic, folosirea drogurilor caracterizată de apariția și instalarea dependenței.

Din punct de vedere farmacologic, conform definiției date de Organizația Mondială a Sănătății[2], prin dependență trebuie să înțelegem „starea psihică sau fizică ce rezultă din interacțiunea unui organism și a unui medicament, caracterizată prin modificări de comportament și alte reacții, însoțite totdeauna de nevoia de a lua substanța în mod continuu sau periodic pentru a-i resimți efectele psihice și, uneori, pentru a evita suferințele".

Dependența psihică (psihodependența) constă într-o stare psihică, particulară, manifestată prin dorința necesară și irezistibilă a subiectului de a continua utilizarea drogului și de a înlătura și disconfortul psihic. Dependența psihică se întâlnește în toate cazurile de dependență, cu anumite particularități, pentru fiecare drog în parte, putând fi însoțită ori nu de dependență fizică și toleranță. Toleranța se instalează lent, are un caracter temporar, pentru că poate să dispară dacă subiectul renunță la drogul care a provocat-o. Fenomenul de toleranță se explică prin reacția organismului față de efectele aceleiași doze de substanță administrate în mod repetat. Încetul cu încetul, organismul reacționează mai slab, pe măsură ce are loc o adaptare funcțională.

Dependența fizică este rezultatul administrării îndelungate a unui drog. Ea se manifestă în cazurile în care are loc reducerea dozelor, întreruperea completă a administrării sau amânarea acesteia peste limitele suportabile ale organismului, situații care generează o serie de tulburări fizice. În ansamblul lor,

[2] OMS, Expert Committee on Addiction-Producing Drugs. Thirteenth report of the OMS expert Committee. Geneva, World Health Organization, 1964 (OMS Technical Report Series, No. 273).

aceste stări îmbracă aspectul sindromului specific toxicomanilor, cunoscut sub numele de „sindrom de abstinenţă" (sevraj). Abstinenţa nu ţine doar de simpla întrerupere a administrării drogului. Sevrajul, în ceea ce priveşte anumite droguri, este nespus de greu de suportat de organism şi, în această situaţie, pentru a-i înlătura efectele neplăcute, consumatorul recurge la o nouă administrare. Modul de manifestare a dependenţei fizice, respectiv al sindromului de sevraj, diferă în funcţie de drog, atât în ceea ce priveşte natura simptomelor, cât şi intensitatea acestora. Astfel, ea este mai accentuată la opiacee şi la barbiturice, dar este moderată sau poate să lipsească la formele de dependenţă create de celelalte droguri. Psihotoxicitatea se manifestă prin tulburări de comportament, uneori cu caracter psihotic. Acestea apar în condiţiile folosirii îndelungate şi abuzive, în doze mari de produse stupefiante (cocaină, amfetamine).

Un alt tip de dependenţă cu care se confruntă toxicomanul este dependenţa încrucişată care se manifestă atunci când se folosesc două sau mai multe droguri şi corpul nu poate face distincţie între ele. Ea reprezintă capacitatea unui anumit drog de a putea preveni apariţia sevrajului. O asemenea calitate deosebită o are metadona, având spectrul cel mai larg de acţiune ca suplinitor. Acest tip de dependenţă poate fi parţială sau completă.

Dependenţa care nu este dobândită în mod accidental pe parcursul vieţii se numeşte *dependenţă naturală* (Roibu, I., Mircea, Al., 1997, p. 63). Această dependenţă survine odată cu naşterea individului, în cazul în care mama sa este toxicomană. Din această cauză, la ora actuală, unul din zece copii aduşi pe lume riscă să moară ori prezintă grave malformaţii, întrucât mama a consumat droguri în timpul sarcinii.

În general, consumatorii de droguri prezintă un anumit tip de dependenţă, determinată de substanţă: dependenţa de tip morfinic, dependenţa de tip canabis, dependenţa de tip cocainic, dependenţa de tip amfetaminic. Excepţie face cazul politoxicomaniei. Politoxicomania, ca fenomen, se manifestă în trei moduri (Drăgan, J., 1994, p. 164):

- toxicomanul trece de la un drog la altul atunci când drogul utilizat cu predilecţie este greu de procurat sau din alte motive;
- consumatorii iau mai multe droguri simultan pentru a obţine satisfacţii depline sau pentru a înlătura efectele neplăcute ale unei substanţe (se asociază frecvent cocaina cu heroina, amfetamina şi metamfetamina cu barbituricele etc.);
- trecerea succesivă de la droguri mai slabe la droguri mai puternice (de cele mai multe ori se ajunge la heroină).

Organizaţia Mondială a Sănătăţii apreciază (încă din 1973) că riscul instalării farmaco-dependenţei la un individ rezultă totdeauna din acţiunea conjugată a trei factori:

- particularităţile personale ale subiectului;

- natura mediului social-cultural general și imediat;
- proprietățile farmacologice ale substanței în cauză, în corelație cu cantitatea consumată, frecvența utilizării și modul de utilizare (îngerare, inhalare, fumare, injectare).

Într-un cadru legal, drogurile sunt utilizate ca medicamente cu acțiune asupra sistemului nervos, unele fiind încă prescrise cu succes împotriva durerii și în unele boli mintale. De exemplu, morfina este, încă, medicamentul cel mai eficace împotriva durerilor puternice. Într-adevăr, drogurile sunt în primul rând medicamente, dar folosite atunci când persoana nu este bolnavă ele își modifică statutul. Dacă sunt utilizate în doză puternică sau dacă sunt amestecate cu alte medicamente sau cu alcool, aceste produse schimbă comportamentul obișnuit. Astfel, toxicomanii care își injectează sau inhalează morfină, spre exemplu, caută o senzație de plăcere puternică de scurtă durată, care va fi urmată de o lungă perioadă de liniște și uneori somn. Efectele obținute în urma consumului drogurilor sunt determinate de tipul de drog ingerat și pot fi trei feluri:

- excitație psihologică, veselie, sentimentul de tensiune psihică și uneori reacții violente (din categoria drogurilor care accelerează activitatea sistemului nervos central, droguri stimulente, fac parte cocaina, amfetaminele, crack-ul).
- calm psihologic, relaxare psihică sau somnolență. Din această categorie de droguri, numite sedative sau depresoare (încetinesc activitatea sistemului nervos central), fac parte: opiul și derivații săi (morfina și heroina), barbituricele, tranchilizantele, hipnoticele.
- modificarea percepției, senzații auditive, vizuale și olfactive. Din această categorie fac parte drogurile ce perturbă activitatea sistemului nervos central (halucinogene sau delirogene): LSD-ul, canabisul, mescalina.

Cele mai importante efecte nocive ale drogurilor sunt: dependența și efectele toxice asupra organismului. La aceste aspecte se ajunge de cele mai multe ori din cauza abuzului de droguri, expresie care desemnează „auto-administrarea repetată de droguri în scopuri nemedicale" (Roibu, I., Mircea, Al., 1997, p. 7). Stupefiantele au efecte toxice asupra sistemului nervos, inimii, plămânilor, rinichilor, dintre care unele pot fi din cele mai grave (intoxicația cu alcool, coma etilică sau supradoza cu heroină). Aceste efecte sunt deseori ireversibile. Consecințele nefaste ale drogurilor sunt multiple și modul în care produc moartea pare a fi de cele mai multe ori natural: stop cardiac, stop respirator. Un alt pericol cu care se confruntă toxicomanul este cel al infecțiilor. „Este acum în mod cert stabilit faptul că între abuzul de droguri și așa-numitele epidemii de seringă există o legătură de tipul cauză-efect" (Drăgan, J., 1994, p. 179). Toxicomanii care își administrează drogul prin injectare se expun la contaminarea cu numeroase maladii (hepatită B), intoxicații cu substanțe folosite pentru diluarea heroinei, ori riscă să contacteze sindromul imunodeficienței dobândit (HIV). S-a constatat că la 100 de victime a SIDA, 10-15 persoane au

fost sau sunt toxicomane. Într-un studiu realizat în 1994, s-a constatat că 41% din cazurile SIDA înregistrate în statele Uniunii Europene sunt legate de toxicomanie (Roibu, I., Mircea, Al., 1997, p. 68). Un alt efect al consumului de droguri este diminuarea fertilităţii, ceea ce duce la o îmbătrânire prematură a populaţiei. Totodată, consumul de droguri în timpul graviditătii provoacă, asupra fetusului, mutaţii genetice grave, depresiuni respiratorii, comă sau chiar moarte. O problemă cu care se confruntă întreaga societate, şi nu doar toxicomanul, este numărul foarte mare al sinuciderilor determinate de acest flagel. „În ceea ce priveşte mortalitatea, aceasta are dimensiuni mult mai mari în cazul toxicomanilor, fie ca urmare a supradozelor sau a efectelor nefaste ale acestor substanţe în timp, fie ca urmare a îmbolnăvirii cu SIDA cauzată de folosirea unor ace de seringă infestate" (Roibu, I., Mircea, Al., 1997, p. 67). Acest fenomen este deosebit de îngrijorător şi în perspectiva anilor viitori, necunoscându-i-se adevăratele dimensiuni din cauza faptului că nu există o statistică clară şi precisă a numărului celor decedaţi din cauza drogurilor.

Criterii pentru determinarea dependenţei de substanţe

Putem stabili dependenţa, conform Manualului de diagnostic şi statistică a tulburărilor mentale DSM IV, ca pe un patern dezaptativ de uz de o substanţă care duce la deteriorare clinică manifestată prin trei sau mai multe din următoarele, şi care survin oricând în cursul aceleeaşi perioade de 12 luni:

- toleranţă, aşa cum este definită prin: necesitatea de a ingera cantităţi considerabil crescute de substanţă pentru a ajunge la intoxicaţie sau la efectul dorit asociată cu efectul redus considerabil prin continuarea uzului aceleiaşi cantităţi de substanţă;
- abstinenţă, manifestată prin sindromul de abstinenţă caracteristic substanţei, şi aceeaşi substanţă este luată pentru a uşura sau evita simptomele de abstinenţă;
- substanţa este luată pe perioade mari de timp decât era preconizat;
- există o dorinţă persistentă sau eforturi infructuoase de a suprima sau controla uzul de substanţă;
- o mare parte a timpului este risipită în activităţi necesare obţinerii substanţei, uzului substanţei sau recuperării din efectele acesteia;
- activităţile sociale, profesionale sau recreaţionale sunt abandonate sau reduse din cauza consumului de substanţă;
- uzul de substanţă este continuat, în pofida efectelor de care individul este conştient.

Poate fi numită dependentă persoana care:

- dacă se întâmplă să aibă droguri prin preajmă, nu poate să se abţină să nu consume o doză;

- simte nevoia de a consuma droguri pentru a evita o cădere nervoasă sau pentru a se simți mai bine;
- folosește droguri când este trist, în depresie, singur sau încordat;
- folosește droguri când se află în condiții de stres, mai ales când este furios sau supărat.

Odată ce trei dintre criteriile menționate sunt îndeplinite putem spune despre o persoană că este dependentă de substanțe fără ca aceasta să dezvolte și simptomele fizice ale dependenței (toleranța).

Criteriile pentru determinarea abuzului de substanță (DSM IV)

1. Un pattern dezaptativ de uz de o substanță care duce la deteriorare clinică manifestată prin unul sau mai multe din următoarele și care survin oricând în cursul aceleiași perioade de 12 luni:

- uz recurent de o substanță, ducând la incapacitatea de a îndeplini obligațiile rolului major la serviciu, la școală sau acasă;
- uz recurent de o substanță în situații în care acesta este periculos fizic (condusul automobilului, manipularea utilajelor grele);
- probleme legale repetate în legătură cu uzul de o substanță;
- uz continuu de o substanță în ciuda faptului că individul are probleme sociale sau interpersonale, persistente sau repetate, cauzate sau exacerbate de efectele substanței.

2. Simptomele nu au satisfăcut niciodată criteriile pentru dependența de substanță.

Diferite substanțe sunt asociate cu diferite grade de toleranță. Astfel nu toate drogurile produc dependență fizică. Indivizii care consumă abuziv alcool și heroină precum și cei care consumă cocaină, cel mai adesea dezvoltă diferite niveluri de toleranță. Pe de altă parte, consumatorii de amfetamine și halucinogene nu par a dezvolta simptome ale dependenței fizice.

Evaluarea severității dependenței este esențială în stabilirea strategiilor de intervenție. Astfel, spre exemplu în cazul consumatorilor de alcool și/sau de cocaină, ședințele de consiliere săptămânale ar putea fi suficiente pentru recuperare în timp ce, pentru abuzul de alcool atunci când sunt prezente caracteristicile dependenței, supravegherea specializată, incluzând terapia medicamentoasă, este necesară.

Criteriile de definire a uzului de substanțe ridică numeroase probleme deoarece o persoană consumatoare poate în egală măsură să dezvolte acest comportament (și să devină dependentă) sau chiar să reprime total acest tip de comportament.

1.4. Particularităţi în definirea consumului de alcool

Rapoartele oficiale definesc consumul de alcool foarte precis, folosind grame de alcool. Un mililitru de alcool conţine 0,785g de alcool. Se folosesc termeni precum consum uşor, mediu sau abuziv, evitându-se sintagma de *consum standard* deoarece aceasta suportă variaţii în funcţie de puritatea alcoolului consumat. Astfel, o bere cu concentraţie de alcool de 5% conţine 23g de alcool, o sticlă de vin (6 pahare) cu concentraţie de 13% conţine 13g de alcool pentru fiecare pahar consumat, 50 ml de băuturi spirtoase cu o concentraţie de 40% conţine 16g de alcool. Atunci când este vorba de studii epidemiologice, cea mai folosită clasificare a tipurilor de consumatori este cea impusă de Organizaţia Mondială a Sănătăţii:

Figura 1: Tipuri de consumatori (grame de alcool/zi)

	Bărbaţi	Femei
Abstinent	0	0
Nivel I	0-40g	0-20g
Nivel II	40-60g	20-40g
Nivel III	60g	40g

Sursa: OMS, Seria de rapoarte tehnice nr. 650
http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en/

Organizaţia Mondială a Sănătăţii, Comisia Europeană şi Asociaţia Epidemiologică Internaţională (1978) oferă glosare conţinând termenii utilizaţi în ceea ce priveşte consumul de alcool şi riscurile asociate acestuia. Nu există un acord standard cu privire la nivelul consumului care trebuie să fie considerat drept consum periculos, dar oricare nivel comportă riscuri proprii.

Consumul de alcool care dăunează sănătăţii este definit drept un „tipar de consum de spirtoase care face rău sănătăţii, şi care are repercursiuni atât asupra sănătăţii fizice (ciroza hepatică), cât şi asupra sănătăţii mintale (depresia)" (OMS, ICD-10, 1992).

Intoxicaţia este o stare care decurge din consumul de alcool şi care produce tulburări la nivelul conştienţei, cogniţiei, percepţiei, afectului sau comportamentului, sau ale altor funcţii şi reacţii psihofiziologice (OMS, 1992). Aceste tulburări sunt direct legate de efectele farmacologice acute ale alcoolului şi sunt determinate, în cele mai multe cazuri, de doză, implicând funcţii fiziologice multiple. Intoxicaţia poate duce la vătămări neintenţionate şi poate avea consecinţe sociale acute, cum ar fi violenţa şi infracţiunile, dar, de asemenea, poate avea consecinţe sociale pe termen lung, atunci când o persoană intoxicată pro-

voacă o leziune, în mod intenționat, altei persoane, situație care atrage pedeapsa cu închisoarea.

Echivalentul intoxicării în limbajul uzual este *starea de beție*, care se manifestă prin semnale cum ar fi înroșirea la față, vorbirea neclară, mersul nesigur, euforie, activitate intensificată, volubilitate, comportament dezordonat, reacții încetinite, afectarea rațiunii, precum și lipsă de coordonare, de sensibilitate sau încetinirea motorie.

Episoadele de consum ridicat de alcool. O ocazie în care se consumă băuturi alcoolice în cantitate de cel puțin 60 g de alcool poate fi definită drept episod de consum ridicat de alcool (OMS, 2004), deși se utilizează și alte definiții (cum ar fi 5 sau mai multe „băuturi standard"). În limbajul curent acest tip de consum se numește *binge drinking*. Termenul episod de consum ridicat de alcool este tot mai des folosit, în cadrul studiilor epidemiologice pe indivizi, atunci când se descrie relația dintre tiparele consumului de alcool și răul cauzat. OMS definește binge drinking drept un tipar de consum ridicat, de alcool, care apare pe o perioadă extinsă de timp. În studiile asupra populației, acest interval de timp este definit, de obicei, drept mai mult decât o zi de consum, de alcool, într-un singur episod. Un *binge drinker* este o persoană care consumă alcool în principal în acest mod, deseori existând perioade de abstinență" (http://www.who.Int/substanceabuse/terminology/wholexicon/en/).

Un alt factor important în studiul alcoolismului îl constituie periodicitatea consumului și distingem între băutorii permanenți, și cei care consumă excesiv doar în anumite perioade alternând aceste perioade fie cu consum moderat fie cu perioade de abstinență.

Dependența de alcool. Clasificarea Internațională a Maladiilor Revizia a 10-a, OMS (1980), definește dependența de alcool drept un grup de fenomene fiziologice, comportamentale și cognitive în cadrul căruia consumul de alcool are o prioritate mult mai mare pentru individ decât alte comportamente care, altădată, aveau o valoare mai mare. O caracteristică centrală este dorința (deseori puternică, uneori percepută drept copleșitoare) de a consuma alcool. Revenirea la consum după o perioadă de abstinență este deseori asociată cu reapariția rapidă a caracteristicilor sindromului.

Jellinek (1942) identifică patru stadii ale alcoolismului:

- faza prealcolică - alcoolul este folosit pentru a se elibera de tensiunile sociale;
- faza prodromală - apar primele momente de pierdere a memoriei, preocupare în a consuma alcool, apar sentimentele de vinovăție;
- faza crucială - apare lipsa controlului în timpul consumului de alcool, preocupare permanentă pentru alcool, apar primele semne de dependență;
- faza cronică - apare tremorul alcoolic, consumul compulsiv.

Două subtipuri de dependență de alcool sunt identificate în literatura de specialitate – tipul A și B (Babor, T.F., 1996) și tipul 1 și 2 (Cloninger, C.R.,

Sigvardson, S., Bohman, M., 1996). Putem menționa și tipologia lui Jellinek – tipurile alfa, beta, delta, gama și epsilon.

Tipurile A și 1 pot fi caracterizate prin debut mai târziu, inexistența sau prezența sporadică a factorilor de risc în copilărie, dependență ușoară; în timp ce tipurile B și 2 sunt caracterizate de alcoolism în familie, factori de risc în copilărie, dependență severă și o incidență mare a tipului de personalitate antisocială.

Potrivit glosarului de termeni referitori la alcool și droguri al OMS (1992), există anumiți termeni definiți într-un mod greșit:

Consumul moderat. Termenul „moderat" este inexact pentru referirea la un tipar de consum care este pus, implicit, într-un contrast cu consumul ridicat de alcool. Deși, de obicei, el denotă un consum de alcool care nu cauzează probleme (și, astfel, nu este un consum „în exces"), acesta este dificil de definit. O descriere mai potrivită ar fi consum de alcool cu risc scăzut.

Consumul responsabil de alcool și *consumul de alcool în situații de socializare* – acești termeni sunt foarte greu de definit și depind de valorile sociale, culturale și etice care pot fi foarte diferite de la o țară la alta, de la o cultură la alta și de la o perioadă de timp la alta.

Consumul în exces de alcool este un termen non-preferat pentru un tipar de consum considerat a depăși standardul de consum ușor. În prezent, se preferă termenul consum cu risc.

Alcoolismul este un termen utilizat de multă vreme cu o semnificație variabilă, considerat a însemna, în general, consumul continuu cronic sau periodic de alcool, caracterizat de lipsa controlului asupra consumului, episoade frecvente de intoxicare și preocuparea față de alcool și consumul de alcool, în ciuda consecințelor adverse. Lipsa de exactitate a termenului a făcut ca o comisie de experți a OMS să îl respingă, preferând formularea mai restrânsă, de *sindrom al dependenței de alcool.* (Edwards, Gross, 1976, OMS, 1980), și nu este inclus ca entitate de diagnostic în ICD-10. Termenul preferat este *dependența de alcool.*

Abuzul de alcool este un termen des folosit, dar având o semnificație variabilă. Deși, este utilizat în clasificarea DSM (1994) trebuie să fie considerat drept o categorie reziduală, dependența având prioritate atunci când este cazul. Uneori, termenul este utilizat în sens dezaprobator cu referire la orice tip de consum, mai ales în cazul drogurilor ilegale. Din cauza ambiguității lui, termenul nu este utilizat în clasificarea ICD-10. Termenii echivalenți sunt *consum dăunător și consum cu risc.*

Consumul impropriu de alcool. Deși unii autori preferă termenul consum impropriu din convingerea că acesta este mai neutru, el este, de asemenea, foarte ambiguu. Termenul echivalent este *consum cu risc.* Uneori, termenii „consum impropriu" și „abuz" sunt utilizați pentru a transmite ideea că problemele legate de alcool reprezintă un fenomen marginal, sau că există o dihotomie directă între „consum" și „consum impropriu". Totuși, răul produs de alcool nu este un feno-

men marginal, iar curbele de risc care descriu relația dintre consumul de alcool și răul produs nu identifică dihotomii simple între consumul impropriu și consumul fără niciun risc.

BCUIAȘI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Capitolul 2

Droguri licite, droguri ilicite. Particularități și estimări ale consumului de droguri în Europa

2.1. Principalele categorii de droguri întâlnite în traficul ilicit

Drogurile, așa cum sunt ele definite, reprezintă substanțe ori produse naturale, de sinteză sau de semisinteză, care, consumate irațional (atunci când nu constituie tratament în baza unei prescripții medicale), conduc fără îndoială la o dependență sigură a consumatorului față de ele. În toată lumea, aceste substanțe sunt supuse unui regim strict și controlului internațional. Gama acestor substanțe este deosebit de largă, dar, totuși, câteva dintre ele apar mai des decât altele în traficul ilicit.

> Se estimează că aproape un sfert din populația adultă din Uniunea Europeană, respectiv peste 80 de milioane de adulți, au consumat droguri ilegale într-un anumit moment din viața lor. În majoritatea cazurilor, aceștia au consumat canabis (73,6 milioane), estimările consumului de alte droguri pe durata vieții fiind mai scăzute: cocaină (14,1 milioane), amfetamină (11,4 milioane) și ecstasy (10,6 milioane). Nivelurile de consum (de-a lungul vieții) variază considerabil între țări, de la aproximativ o treime din adulți în Danemarca, Franța și Regatul Unit la mai puțin de unul din zece în Bulgaria, Grecia, Cipru, Ungaria, Portugalia, România și Turcia. (OEDT, 2014)

LSD-ul este un drog halucinogen, alb, fără miros, numit și psihedelic și a fost sintetizat pentru prima dată în Elveția, din acidul lisergic. LSD – dietilamida acidului lisergic. Este cel mai puternic drog halucinogen cunoscut, acțiunea sa apărând la doze extrem de mici. În stare pură se prezintă sub forma unui lichid incolor, inodor și insipid (Stancu, E., 2002, p. 623). Se găsește în natură în cantități mici în unele plante sau se poate prepara în laborator prin semisinteză.

În traficul ilicit, LSD-ul se prezintă sub forma unei pulberi de culoare alb-murdar, tablete sau capsule operculate, de diferite mărimi și culori. Se administrează în mod obișnuit pe cale orală (prin îmbibarea, cel mai adesea, a bucăților de zahăr), sub formă de pilule sau injectabil. Acest drog produce stări de excitație, euforie, modificări mintale în sfera personalității, a percepției și a cunoașterii, fiind considerat ca o „sursă de inspirație divină în practicile mistice de grup"

(Drăgan, J., 2000, p. 143). Pe termen lung, consumatorii de LSD pot fi atinși de boli mintale grave și ireversibile. Consumul de LSD determină foarte rapid toleranță provocând dependență psihică (Roibu, I., Mircea, Al., 1997, p. 36).

Deși L.S.D.-ul nu este un drog care determină dependență fizică, efectele nocive ale drogului asupra creierului pot duce, în cazul folosirii lui în mod regulat, până la dependență. Acest drog provoacă schimbări de dispoziție și are o influență nocivă asupra creierului, ducând și la modificarea percepției timpului și spațiului. De asemenea, poate crea și o senzație de pierdere a autocontrolului, de frică teribilă, precum și o stare de omniprezență sau de paranoia acută care pot duce la un comportament periculos. În anii 1960, LSD-ul era larg raspândit printre persoanele care căutau să își schimbe și să își intensifice trăirile fizice, să dobândească o mai bună cunoaștere a universului, a naturii, a propriilor lor trăiri și să stabilească și o legatură emoțională mai puternică cu cei din jur. Senzația pe care o trăiește consumatorul de LSD este adesea cunoscută sub numele de „călătorie", pentru că seamănă cu o călătorie în alt timp și spatiu. Efectele psihedelice ale LSD-ului au fost descoperite de dr. Albert Hoffman întâmplător, în anul 1938, când a experimentat o cantitate mică din acest drog, în cadrul unei sinteze de rutină. A trecut printr-o stare ca de vis, cu un efect imaginativ puternic, ce a durat cam 2-3 ore (Șelaru, M., 1998, p. 20).

> În Europa, consumul de LSD nu a atins cote alarmante fiind înregistrat în număr mic atât în ceea ce privește consumul, producția, dar și traficul (http://www.emcdda.europa.eu /situations/ampheyamines/1). Pe la mijlocul anilor 1960, LSD-ul a devenit un drog cu efecte deconectante, extrem de popular, fiind folosit în special de adepții mișcării hippy. Consumându-l, ei aveau impresia că pot zbura fără să părăsească pământul. LSD-ul a rămas extrem de popular printre elevii de liceu, studenți și tineri, în general, fiind folosit și de fanii anumitor formații de rock. El este larg răspândit, pentru că este ieftin în comparație cu alte droguri, ușor de obținut și creează o senzație de plutire care dureaza cam 12 ore.

Cocaina este un alt drog ilegal, extrem de popular. Senzațiile pe care le creează consumul de cocaină sunt de beatitudine și de energie maximă. Numită: pudră, zăpadă, „Albă ca zăpada", gheață, cristale, pietre, este un alcaloid extras din frunzele arbustului de coca (*Erytroxylon coca*) originar din America de Sud. Ea a devenit cunoscută în Europa în cursul anului 1857. Se găsește sub formă cristalină, albă, inodoră, având un gust amar, greu solubilă în apă dar solubilă în alcool, eter, cloroform și uleiuri grase. Folosită în secolul trecut pentru tratarea mai multor boli, în special ca anestezic local, astăzi utilizarea în scopuri terapeutice este limitată. Ca stupefiant poate fi consumată sub diverse forme: frunzele de coca pot fi masticate sau, atunci când se gasește sub formă de pudră, ea poate fi inhalată, prizată sau injectată. Când cocaina este prizată pe nas, senzația de maximă intensitate apare la 15-30 de minute și, apoi scade rapid în

intensitate, ceea ce înseamnă că, pentru menținerea efectului, la fiecare 20 de minute, trebuie administrată o nouă doză. Cocaina este căutată în special pentru efectul său excitant care înlătură simptomele oboselii și creează foarte rapid o stare de euforie. Specifice sunt dorința de comunicare verbală sporită, creșterea încrederii în forța fizică și intelectuală. Consumul generează agitație, instabilitate, tulburări de judecată, tahicardie, hipertensiune, hipertermie, midriază (dilatarea pupilelor), psihoză paranoidă și poate provoca moartea prin stop cardiac, stop respirator sau accidente vasculare cerebrale (Drugescu, N., 2001, p. 83). Mult timp s-a considerat că toleranța nu apare în cazul consumului de cocaină, dar s-a demonstrat că folosirea o perioadă îndelungată de timp duce la apariția acesteia și a sevrajului, la depresie, oboseală și tulburări ale somnului (Carroll, K.M., Kosten, T.R., Rounsaville, B.J., 2004, p. 130). Dependența psihică este puternică și se instalează rapid, fiind mult mai dureros resimțită decât dependența fizică.

Crack-ul *(rock, caillou)* poate fi definit ca o formă a cocainei sau un mod de consumare a ei (versiunea *fast-food* a cocainei). Se întâlnește sub forma unor pietre de culoare albicioasă, bej sau brună. Determină toleranță, dependență fizică și psihică, supradozajul amplificând efectele nefaste și putând provoca moartea. Cocaina este unul dintre cele mai periculoase droguri, iar cele mai multe accidente se produc din cauza acestui drog. Dependența de cocaină este cel mai greu de învins, pentru că ea activează formarea unei proteine care persistă în creier și care stimulează genele ce se fac răspunzătoare pentru crearea dependenței pentru drogul respectiv. (Carroll, K.M., Kosten, T.R., Rounsaville, B.J., 2004, p. 132).

Heroina (*smack, thunder, hell dust, big H, nose drops, brown sugar*) este un clorhidrat de diacetilmorfină, fiind un produs de semisinteză de culoare albă, cenușie, roz până la brun sau gri închis, în funcție de gradul de purificare. Introdusă în medicină în anul 1898 de firma Bayer, heroina s-a făcut cunoscută de la început ca un analgezic puternic și un remediu foarte eficace contra tusei, problemelor respiratorii ale astmaticilor și persoanelor afectate de tuberculoză, folosindu-se, de asemenea, pentru dezintoxicarea morfinomanilor. În comparație cu morfina, este un drog mult mai puternic. Începând cu 1920, în paralel cu abandonarea progresivă a heroinei în cadrul terapeuticii, folosirea sa ca drog de abuz s-a extins rapid în SUA și Europa, la ora actuală fiind fabricată în laboratoare clandestine (Roibu, I., Al. Mircea, Al., 1997, p. 21). În procesul de producere este utilizată substanța chimică anhidrida-acetică, fără de care obținerea heroinei ar fi practic imposibilă. În funcție de gradul de puritate se găsesc patru sortimente de heroină. Heroina se prizează, inhalează (*sniffing*) procedeu cunoscut sub numele de „urmărind dragonul" sau se injectează pe cale sub-cutanată, intravenoasă sau intramusculară (cea mai raspândită formă de consum – injectarea în venă – intensifică efectele și le face aproape instantanee, producând pentru moment o foarte mare placere). Heroina provoacă aceleași efecte ca opiul și morfina, dar de o factură mult mai pronunțată, dependența, foarte puternică, fiind

indusă rapid. Pe termen lung se pot constata tulburări organice importante, precum hemoragiile, pneumoniile infecțioase, septicemia, hepatita virală. Unul dintre cele mai periculoase efecte ale consumului de heroină este infectarea cu HIV, determinat de folosirea în comun a seringilor între toxicomani. Intoxicația cronică apare după aproximativ 30 de administrări de doze terapeutice (Drugescu, N., 2001, p. 82). Sindromul de sevraj se manifestă prin: hipersecreție nazală, lacrimală, sudoripară, spasme și dureri musculare, crampe abdominale, diaree, deshidratare intensă și o puternică angoasă. Supradozarea sau folosirea unei doze de heroină de o puritate ridicată poate fi fatală consumatorului prin depresiune respiratorie marcantă, stare de șoc, comă.

Amfetamina este un drog incolor, dependent, care stimulează sistemul nervos central și se poate administra prin inhalare, injectare sau înghițire.

În perioada 1950-1960, amfetamina se folosea pentru uz medical în combaterea depresiilor și a pierderii în greutate. Amfetamina este folosită și pentru a îmbunătăți performanțele fizice sau ca antidot la sedative. Din cauză că amfetamina scade pofta de mâncare și îi creează consumatorului senzația de energie, ea este folosită câteodată în exces de persoanele care încearcă să piardă în greutate.

Ecstasy este un drog din clasa amfetaminelor și a fost pentru prima dată produs și brevetat în anul 1914 de către compania nemțească Merck. La început, acesta a fost conceput ca un medicament pentru scăderea poftei de mâncare. În anii 1970 a fost introdus în psihoterapie, pentru că îi ajuta pe pacienți să devină mai deschiși și să vorbească liber despre sentimentele lor. Această practică a fost interzisă începând cu anul 1986, deoarece numeroase experiențe pe animale au arătat că această substanță afectează creierul. Consumul de ecstasy produce euforie, senzația de emoții profunde, iar, în doze mari, halucinații. În exces, consumul de ecstasy duce la distrugerea celulelor care produc serotonină ce influențează starea fizică și psihică a individului, apetitul, durerea și memorarea. Poate provoca depresii și psihoze (Hartelius, J., 1991, p. 36) precum și deshidratare severă, crampe musculare, chiar blocaj renal. Componenta principală a produsului o reprezintă (3,4 methilenedioximetamfetamină – MDMA) stimulant cu efecte psihedelice.

Studii făcute pe animale (Green, Ar. și colab., 2003, p. 482) au arătat că uzul de ecstasy afectează anumiți neurotransmițători, precum serotonina și dopamina care duc la afectarea funcțiilor creierului, cel mai adesea la tulburări ale memoriei. Gouzoulis-Mayfrank, E. și colab. (2005, pp. 317-323) demonstrează slabe performanțe ale memoriei în rândul consumatorilor de ecstasy.

Folosit la petrecerile raves pentru a se putea dansa cât mai mult, efectele includ anxietate, depresie, confuzie și paranoia precum și creșterea tensiunii arteriale, hipertermie, deshidratare care pot afecta în mod profund activitatea cerebrală ducând până la deces.

80% din producția mondială de ecstasy este obținută în laboratoarele clandestine din Olanda, Belgia și, mai nou, Polonia, dintr-o serie de precursori chimici (safrol, isosafrol). Se prezintă sub formă de tablete, fiind consumat pe cale orală.Acești precursori intră în UE din Asia, tranzitând Europa de Est, inclusiv România, țări în care au fost descoperite laboratoare clandestine de fabricare și stocare a acestor precursori (Drug Enforcement Agency în raportul studiului Ecstasy: Rolling Across Europe, www.crimecommission.gov.au/.../2003.../iddr_0304_phenethylamines.pdf).

Opiul sau opiumul este latexul uscat, obținut prin incizarea capsulelor încă verzi ale macului opiaceu (*Papaver somniferum*). Are o culoare negricioasă, miros caracteristic și gust amar. Aceste caracteristici îl fac ușor de identificat, iar mirosul specific și pătrunzator permite depistarea drogului cu ajutorul câinilor special antrenați. De aceea în traficul ilicit se recurge la disimulare prin ambalarea opiului în cutii metalice închise ermetic, folii de plastic, pânză etc. (Drăgan, J., 2000, p. 190). Opiul este folosit în medicină în doze mici, ca somnifer, calmant sau analgezic, având un conținut de 10% morfină. În general, opiumul este fumat în pipe speciale și, în cazuri mai rare, ingerat sau injectat. Efectele dorite de consumatori, deși neplăcute pentru începători (greață, amețeli, dureri de cap), sunt excitare trecătoare, euforie, senzația de bine și indiferență. Aceste efecte durează 6-8 ore. Efectele nocive sunt amețeli, vărsături, cefalee, insomnie, probleme respiratorii, precum și alte disfuncționalități organice, putând genera decesul consumatorului în urma sincopei cardiace. Consumul de opiu generează toleranță, dependență psihică și fizică.

În cazul opioidelor – heroină, morfină, codeină consumul cronic duce la instalarea toleranței și apariția sevrajului atunci când nu mai sunt consumate. În cele mai multe situații uzul de cocaină favorizează ulterior abuzul de heroină (Perez, C. și colab., 1997, p. 270).

Morfina (etimologia cuvântului pornește de la zeul somnului în mitologia romană, Morfeu) este principalul alcaloid al opiului, fiind un analgezic puternic cu efect narcotic. Se prezintă sub forma unei pulberi albe, bej sau maronie cu gust amar, solubilă la umiditate. Se găsește sub formă de comprimate, soluție (în doze injectabile) sau supozitoare. „Morfina a fost utilizată pe scară largă ca medicament, având o puternică acțiune analgezică, fiind un deprimant al centrului tuse și al centrului respirator" (Suceavă, I., (coord.), 1995, p. 13). Morfina generează consumatorului o stare de bine, euforie, pasivitate și amorțeală, iar efectele ei nocive sunt asemănătoare cu cele ale opiului, putând genera moartea prin stop respirator. Consumul generează dependență psihică, fizică și toleranță, iar cura de demorfinizare, prin spitalizare, durează 6 luni (Drugescu, N., 2001, p. 82).

Canabis este denumirea generică pentru produsele vegetale obținute din cânepa de cultură (*cannabis sativa*), plantă care conține substanțe halucinogene. În prezent, canabisul este produsul stupefiant cel mai utilizat în lume. Din frunze și inflorescențe uscate și tocate se obține iarba de canabis – marijuana (mari-

huana) – având aspectul tutunului sau ceaiului. Ea poate fi fumată fie ca atare, fie amestecată cu tutun, sau utilizată ca decoct, fiind băută ca atare sau în amestec cu alcool. Rășina de canabis, obținută prin presare, cunoscută sub numele de *haşiş*, poate fi consumată prin ingerare sau se fumează în amestec cu tutun, sub formă de joint. Prin ingerare, efectul este de 4-6 ori mai mic decât în cazul în care aceeași cantitate ar fi fumată.

Haşişul este unul dintre cele mai vechi şi mai răspândite droguri din lume, fiind consumat de numeroase persoane, indiferent de categoria socială, rasa sau cultura din care fac parte. Omenirea foloseşte marijuana pe post de medicament de peste 3.000 de ani, iar pentru prima dată a fost folosită în China, în India şi în Orientul Mijlociu. Denumirile sub care este cunoscut sunt multiple: chang şi ganjah în India şi Orient, marihuana, Roza Maria sau Marie Jane în Mexic etc. Calitățile terapeutice ale acestei plante au devenit cunoscute în țările din Vest în timpul secolului al XIX-lea, iar acum este folosită în special ca narcotic. După alcool, este cel mai răspîndit drog şi cel mai folosit din America de Nord. Studiile arată că 60 % dintre cei care obişnuiau să fumeze regulat marijuana au început curând să consume şi droguri mult mai tari.

OMS (2002) apreciază că un număr de 200 de milioane de persoane consumă marijuana, dintre care 12 milioane în Statele Unite ale Americii. Marijuana este un drog ilegal în cele mai multe state dar există nenumărate controverse legate de ea, deoarece s-a stabilit că poate fi folositoare în calmarea durerilor pacienților suferinzi. Este unul dintre cele mai ieftine droguri ilegale din lume şi cel mai uşor de obținut, putând fi consumat într-o mare varietate de feluri: fumat sau sub forma de pastile, în băuturi sau în mâncăruri. Femeile care consumă marijuana în timpul sarcinii îşi expun copiii la numerose riscuri, pentru că ei se nasc în cele mai multe cazuri cu probleme grave de memorie şi de vorbire.

Prin tratarea chimică a rășinei se obține uleiul de canabis (esență) – *hash oil* (Hartelius, J., 1991, p. 26). Această substanță nu este solubilă în apă, ea putând fi ingerată sau fumată. În doze mici, acest drog produce euforie şi senzație de bine. În doze mari afectează percepția timpului şi a realității şi puterea de reacție. În exces, produce senzația de dezorientare şi panică. Ingredientul activ al canabisului este delta-9 tetrahydrocannabinol (THC). Efectele canabisului depind în mare măsură de doză, calitatea canabisului, experiența consumatorului şi nivelul de aşteptare a acestuia cu privire la efectele canabisului.

Tot mai multe studii arată că marihuana, haşişul sau canabisul nu sunt droguri uşoare, recreaționale, aşa cum se credea. În prezent canabisul conține o doză mult mai mare de THC decât în urmă cu douăzeci de ani acelaşi lucru fiind valabil şi pentru marihuana (ElSohly, A. M., ElSohly, H. A., 2007, p. 73). DSM IV nu stabileşte criterii specifice ale sevrajului la aceste substanțe dar se pare că acestea ar fi: iritabilitate, tulburări ale somnului, irascibilitate, agresivitate.

Budney, A.H., Hughes, J.R., Moore, B.A., şi Vandrey, R. (2004, pp. 1967-1977) au propus un model de diagnostic al sevrajului la canabis.

Un procent de 10% dintre persoanele care consumă canabis dezvoltă dependenţă iar utlizarea pe termen lung a acestuia afectează memoria de scurtă durată. Consumul canabisului poate fi asociat uneori cu violenţă, dar nu în aşa mare măsură ca în cazul consumului de alcool (Dawkins, M.P., 1997, p. 400).

Ritalina este un drog destul de nou (apărut la începutul anilor 1980) şi face parte din clasa metilfetaminelor. Întocmai ca multe alte droguri, unele dintre efectele sale sunt extrem de grave: el afectează sistemul nervos central care controlează aproape toate funcţiile, de la procesul de gândire până la respiraţia normală. De când a apărut şi până în prezent, nu a trecut foarte mult timp pentru a putea fi studiate şi efectele lui pe termen lung. Acest drog este consumat din două motive. Pe de o parte, consumatorii îl folosesc pentru a-şi aduna forţele atunci când se simt slăbiţi, deci ca excitant. Pe de altă parte, elevii şi studenţii apelează la ritalină ca adjuvant pentru învăţătură. Ei simt nevoia unui stimulent pentru a putea reţine cât mai mult în cât mai puţin timp.

2.1.1. Estimări ale consumului de droguri ilegale în Europa

La nivel european, proporţia medie a elevilor care au încercat droguri ilegale a început să crească în 1995, de la 11%, ajungând în 1999, la 17%, iar în 2003, la 20%. Apoi, în 2007, cifra a scăzut uşor la 18%, iar în 2011 rămâne la acelaşi nivel. În schimb, tendinţa prevalenţei de-a lungul vieţii a consumului de droguri ilicite în rândul elevilor din România urmează o evoluţie inversă celei europene, scăzând în 2003, de la 10% (1999), la 3%, ca mai apoi să crească în 2007, la 5%, iar în 2011, atingând valoarea de 10%. (ESPAD 2011, p. 134)

Din punct de vedere al distribuţiei pe sexe, la nivel european (ESPAD 2011, p. 134), tendinţa de creştere manifestată între 1995 şi 2003 se remarcă atât în rândul băieţilor, cât şi al fetelor, chiar dacă cifrele medii continuă să fie mai mari în rândul elevilor de sex masculin. În medie, 21% din băieţi şi 15% din fete au încercat droguri ilicite cel puţin o dată în viaţă, potrivit anchetei europene din 2011. În toate anchetele s-a observat că băieţii au avut în mod evident o probabilitate mai mare să fi făcut acest lucru. În ceea ce priveşte România, aceasta se află printre puţinele state cuprinse în studiu care nu mai înregistrează diferenţe semnificative între fete şi băieţi în ceea ce priveşte prevalenţa consumului de droguri de-a lungul vieţii: 11% în rândul băieţilor, respectiv 9% în rândul fetelor.

După sudiile similare, efectuate în 2003, 2007 şi 2010, Agenţia Naţională Antidrog a realizat, în anul 2013, cel de-al patrulea studiu în populaţia generală, pe baza metodologiei standard recomandată de Observatorul European de Droguri şi Toxicomanie (care permite comparabilitatea datelor la nivel european). Dimensiunea eşantionului a fost de 7200 persoane, de cetăţenie română, cu domiciliul stabil în România, din care 5700 persoane cu vârsta cuprinsă între 15 şi 64 ani,

selectate la nivel național, la care s-au adăugat 1500 tineri cu vârsta cuprinsă între 15 și 34 ani, selectați din Municipiul București, reprezentând o supraeșantionare la nivelul acestei zone și pentru această categorie de populație. Eșantionul a fost proiectat folosindu-se datele furnizate de INS în baza Recensământului Populației din 2011. Cercetarea a fost finanțată prin intermediul Acordului de finanțare, semnat între Observatorul European de Droguri și Toxicomanii și ANA. Chestionarul a cuprins 15 secțiuni (date socio-demografice, alcool, tutun, medicamente fără prescripție medicală – tranchilizante, barbiturice și antidepresive, droguri ilegale – canabis, ecstasy, amfetamine, cocaină, crack, heroină, LSD, solvenți și substanțe inhalante, ciuperci halucinogene, metadonă, ketamină, ecstasy lichid, substanțe noi cu proprietăți psihoactive).

În 2013, la inițiativa UNICEF, Centrul de Sociologie Urbană și Regională, cu sprijinul Institutului de Științe ale Educației, a realizat studiul intitulat „Starea adolescenților din România". Autorii studiului consideră că 3,8% dintre adolescenții chestionați au experimentat cel puțin o dată în viață un tip sau altul de droguri. Totodată, restrângând eșantionul studiat doar la adolescenții cu vârsta cuprinsă între 14 și 18 ani, autorii concluzionează că prevalența consumului de droguri de-a lungul vieții este de 5,4% și, în plus, dacă se restrânge în continuare eșantionul, procentul adolescenților cu vârsta de 14 ani și peste din mediul urban care au consumat vreodată droguri este de 7,5%. Printre concluziile autorilor, se numără (Abraham, D., 2013):

- 2,3% dintre adolescenți au declarat că au consumat canabis, 1% ecstasy, 1% substanțe noi cu proprietăți psihoactive (cunoscute și sub numele de „etnobotanice"), 1% au luat somnifere, 1% sedative, 1% substanțe halucinogene și 1% substanțe inhalante.
- Consumul de droguri pare a fi mai răspândit în rândul băieților, în timp ce, în rândul fetelor, este mai răspândit consumul de sedative, somnifere și antidepresive.
- Consumul de droguri este mai scăzut în rândul adolescenților cu vârste cuprinse între 10 și 13 ani, comparativ cu cealaltă categorie de vârstă analizată, respectiv 14-18 ani. Cele mai mari prevalențe de-a lungul vieții înregistrându-se în rândul adolescenților din această categorie, pentru consumul de inhalante, de halucinogene, de sedative/ tranchilizante, respectiv de somnifere (0,8%).
- În schimb, în rândul adolescenților cu vârsta cuprinsă între 10 și 13 ani, cele mai ridicate prevalențe de-a lungul vieții se înregistrează în consumul de cocaină crack, respective în cel de somnifere (0,5%).
- Niciunul dintre adolescenții sub 14 ani chestionați nu a consumat heroină și doar 0,3% dintre cei cu vârste mai mari și-au administrat vreodată acest tip de drog.

Rezultatele studiului național din cadrul ESPAD 2011, plasează România între ultimele 10 state europene, ca nivel al prevalenței consumului oricărui tip de drog ilicit cel puțin o dată în viață în rândul elevilor de 16 ani. Țara noastră se situează cu 8 procente sub media europeană înregistrată (18%). Pentru toate tipurile de droguri ilicite, România se situează sub valorile medii europene. Potrivit Raportului ESPAD 2011, comparativ cu studiul anterior, România se numără printre cele 11 state europene, care înregistrează creșteri semnificative ale consumului de droguri ilicite în rândul elevilor de 16 ani, alături de: Franța, Monaco, Letonia, Polonia, Ungaria, Portugalia, Finlanda, Grecia, Cipru și Muntenegru.

2.1.2. Consumul experimental de droguri

La nivel european, canabisul este de departe drogul ilicit cel mai frecvent consumat. În medie, faptul de a încerca pe parcursul vieții un drog a fost raportat de mai mulți băieți decât fete, și anume 19% față de 14%. În 2011, cifrele au fost semnificativ mai mari, în rândul băieților, în 27 de țări participante la cercetare. Potrivit raportului ESPAD, există un decalaj între țările care ocupă primele locuri – Republica Cehă (42% în 2011), Franța și Monaco (aproximativ 38% fiecare) – și cele care ocupă ultimele locuri – Albania, Bosnia și Herțegovina, Republica Moldova, Muntenegru și Norvegia (4-5% fiecare). Între 2007 și 2011, proporția elevilor care au încercat canabis a crescut în mod semnificativ în unsprezece țări și a scăzut în cinci țări. Cele mai evidente creșteri s-au înregistrat în Franța și Monaco (8-9 puncte procentuale) în timp ce scăderea cea mai mare s-a înregistrat în Federația Rusă (Moscova) (11 puncte procentuale). În România, prevalența consumului de canabis cel puțin o dată în viață indică o creștere a acestui tip de consum, atingând în 2011 valoarea de 7% (față de 17% – media europeană).

În ceea ce privește consumul de inhalante la nivelul țărilor participante, de-a lungul anilor, de la prima anchetă din 1995, ratele de prevalență a consumului de-a lungul vieții nu au suferit modificări foarte mari până în 2007, cu medii la nivel agregat de 8-9%. Dacă la anchetele anterioare, băieții prezentau procentaje cu 1-2 puncte mai mari decât fetele, în 2011 ambele sexe au raportat aceeași proporție (10%). Între anii 2007-2011, în 15 țări se observă o creștere semnificativă în ceea ce privește prevalența pe parcursul vieții a substanțelor inhalante, în timp ce în șapte țări s-a produs o scădere semnificativă. La nivel național, evoluția consumului de inhalante coincide cu cea a mediei europene.

După canabis, ecstasy - împreună cu amfetaminele – se plasează pe locul al doilea în clasamentul celor mai frecvent experimentate droguri ilicite. În medie, 3% dintre repondenții studiului ESPAD au folosit ecstasy cel puțin o dată. În rândul țărilor din Europa întâlnim o prevalență de peste 4%, dar cea mai mare prevalență a consumului de ecstasy în rândul elevilor este în Statele Unite, unde 7% au declarat că au folosit ecstasy. În România, consumul experimental de

ecstasy se situează cu un procent sub media europeană (2% față de 3% media europeană).

Evoluția consumului de tranchilizante sau sedative (pe parcursul vieții) fără prescripție medicală a fost destul de stabilă între 1995 și 2011, chiar dacă, s-au observat creșteri semnificative, între 2007 și 2011, în trei țări și scăderi în șapte țări. Cel mai frecvent, acest tip de consum este raportat în Lituania, Monaco și Polonia – unde aproximativ 14 % din elevi au indicat un astfel de consum în cadrul anchetei din 2011, în timp ce nivelurile cele mai scăzute sunt raportate de elevii din Germania (cinci landuri), Liechtenstein, Republica Moldova, Federația Rusă (Moscova) și Ucraina (2%). În România, consumul de tranchilizante/ sedative fără prescripție medicală este întâlnit la 3% din populația școlară cu vârsta de 16 ani și se află la jumătatea mediei europene (6%) (ESPAD, 2011).

2.2. Principalele categorii de droguri legale

Dintre drogurile care pot fi folosite în mod legal cele mai întâlnite sunt: alcoolul, cafeaua, tutunul, tranchilizantele, barbituricile, toate medicamentele cu efecte psihoactive folosite pentru atenuarea durerilor (aspirina) precum și cele care stimulează psihic și fizic organismul (amfetamine). Principalele efecte ale acestor droguri sunt stimularea și sedarea sistemului nervos. De exemplu, cafeaua folosită în mod excesiv are efecte similare cu cele ale amfetaminelor, iar nicotina în exces are efecte similare cu cele ale barbituricelor (Rădulescu, M. S., Dâmboeanu, C., 2006, p. 36).

2.2.1 Amfetaminele

În anii 1970-1980 folosirea amfetaminelor (care includ toate tipurile de droguri stimulente) a devenit o practică uzuală, în special în țările din Occident, fiind utilizate atât de către studenți, cât și de funcționari, oameni de afaceri, șoferi de cursă lungă, lucrători de noapte, etc.

Descoperite în 1920, amfetaminele au fost folosite inițial pentru atenuarea efectelor oboselii în rândul militarilor și al piloților de vânătoare, ulterior au fost folosite în mod curent de către o mare parte a populației, în special de către cei care lucrau pe timp de noapte. Amfetaminele, cunoscute și sub numele de pilule energizante, folosite moderat, nu sunt cunoscute ca medicamente cu efecte nocive asupra organismului uman, dar provoacă dependență psihică. Ca prime efecte ale amfetaminelor menționăm: înlăturarea stării de oboseală, euforie, acutizare a percepțiilor, dar folosite excesiv, în special injectabil, pot produce efecte psihotropice similare cu cele ale cocainei, determinând manifestări paranoice de tip agresiv (Țurlea, St., 1991, p. 31). Un rol important în răspândirea

acestor droguri l-a avut industria farmaceutică. Din acest punct de vedere, multe dintre drogurile energizante ajung la populație, cu sau fără prescripție medicală și ca urmare a informațiilor pe care le furnizează mass-media, la cererea companiilor farmaceutice, dar și ilicit, ca urmare a sustragerilor de la companiile farmaceutice.

Amfetaminele sunt consumate în special în țările în care accentul este pus pe productivitatea mare: Japonia, Suedia, Statele Unite, lucru confirmat și de consumul în exces în rândul sportivilor de performanță. Rădulescu S. M. și Dâmboeanu C. (2006, p. 38) menționează că utilizarea drogurilor excitante precum și a celor relaxante este legată de trăsăturile culturale ale unei anumite societăți. În raportul privind „Situația drogurilor în Europa" (2008), elaborat de Observatorul European pentru Droguri și Toxicomanie (OEDT), referitor la consumul de amfetamine pentru categoria de vârstă de 15-64 ani, România se numără și la acest capitol printre țările cu cea mai scăzută prevalență pe parcursul întregii vieți, având o prevalență de 0,2%, alături de Grecia (0,1%), Malta (0,4%) și Cipru (0,8%). Țările cu cea mai ridicată prevalență pentru acest drog sunt: Regatul Unit (11,9%), Danemarca (6,9%), Norvegia (3,6%) și Irlanda (3,5%).

Conform raportului „Drogurile pe o piață europeană aflată în schimbare", analiza EMCDDA (2014) (www.emcdda.europa.eu/.../att_228144_RO_High lights_RO_EDR_2014.), consumul de amfetamine (cuprinzând amfetamina și metamfetamina) rămâne, în general, mai redus decât cel de cocaină. În Europa, există aproximativ 11,4 milioane de adulți care raportează consumul acestor substanțe pe parcursul vieții, dintre care 1,5 milioane în ultimul an. Dintre cele două droguri, amfetamina este consumată mai frecvent, însă există motive de îngrijorare din ce în ce mai mari cu privire la disponibilitatea și consumul metamfetaminei în Europa. Raportul publicat arată că, deși sunt încă reduse ca număr și cantitate, capturile de metamfetamină s-au multiplicat în ultimul deceniu, ceea ce sugerează o disponibilitate sporită a acestui drog. În 2012, în UE au fost raportate 7 000 de capturi, în cantitate de 343 kg. Turcia și Norvegia au raportat alte 4 000 de capturi, respectiv 637 kg (aproape de două ori cantitatea capturată în întreaga UE). Consumul de metamfetamină, care în mod tradițional era scăzut în Europa și limitat în principal la Republica Cehă și Slovacia, pare să se răspândească în prezent (de exemplu în Germania). Din sud-estul Europei (Grecia, Cipru, Turcia) se raportează tendințe îngrijorătoare, potrivit cărora fumatul de metamfetamină cristalizată reprezintă o problemă încă minoră, dar în creștere, existând posibilitatea răspândirii acestui obicei în rândul grupurilor vulnerabile de populație. De asemenea, injectarea de metamfetamină a fost raportată ca nouă tendință în rândul unor grupuri restrânse de bărbați care întrețin relații homosexuale în unele orașe europene mari (www.emcdda.europa.eu/publications/emcdda-papers/exploring-methamphetamine-trends-in-Europe).

Folosite atât cu prescripție medicală pentru diferite afecțiuni, substanțele de tipul amfetaminelor sau barbituricelor sunt folosite și la cerere de către pacienți

pentru combaterea stărilor de anxietate, panică, depresie cauzate de insatisfacții personale, cazuri în care utilizarea lor nu este necesară. Putem menționa că aceste practici sunt susținute atât de pacienți cât și de unii medici. Sugestive în acest sens sunt exemplele vedetelor cărora li se prescriu în exces rețete cu astfel de substanțe: Elvis Presley (în 31 de luni 19.000 de stimulente, sedative și medicamente antidurere, multe dintre ele provocând dependența), Marilyn Monroe și Michael Jakson, James Dean, Kurt Cobain a căror moarte a survenit ca urmare a consumului excesiv de sedative și medicamente antidurere.

Tratamentul cu medicamente deconectante sau energizante nu are întotdeauna un caracter medical, ci ține cel mai adesea de un confort psihic, așa cum reiese și din exemplele menționate, iar utilizarea lor în exces duce la accidente și sinucideri. Una dintre consecințele cele mai importante (Rădulescu S. M., Dâmboeanu C., 2006, p. 38) ale consumului acestor droguri recreative este reprezentată de influența exercitată asupra stilurilor de viață și subculturilor tinerei generații, determinând în mare parte consumul de droguri la generația tânără (Bell, R., 1976, p. 178).

2.2.2. Alcoolul

În Europa, alcoolul a fost produs și consumat, de mii de ani, în general fiind produs din orice fel de materie primă disponibilă pe plan local. Băuturile alcoolice erau adesea folosite ca medicamente, practică ce a continuat până la începutul secolului al XX-lea și până la apariția metodelor medicale moderne. Legi privind alcoolul au existat din cele mai vechi timpuri (Mănoiu, F., Epureanu, V., 1996, p. 37), dar se refereau, în special, la ordinea publică sau piața de desfacere, neglijând aspectul sănătății publice. În perioada medievală și în perioada modernă timpurie, odată cu industrializarea, dezvoltarea mijloacelor de comunicare și descoperirea băuturilor alcoolice tari, distilate, în Europa, această imagine s-a schimbat. La sfârșitul secolului al XIX-lea și începutul secolului al XX-lea, s-au răspândit în Europa mari mișcări împotriva alcoolismului, îndreptate în special împotriva băuturilor spirtoase și evoluând apoi împotriva tuturor băuturilor alcoolice. În majoritatea țărilor europene, dar nu în toate, mișcarea împotriva alcoolismului s-a aplanat pe parcurs și a devenit de importanță minoră la sfârșitul secolului al XX-lea.

Ideea de „alcoolism" ca boală exista încă din secolul al XIX-lea, când s-au înființat cămine și azile pentru tratarea alcoolicilor, în multe țări europene. În ultimii ani, „noua tendință a sănătății publice" a devenit paradigma dominantă în discutarea problemelor legate de alcool, dând naștere unor discuții ample, înlocuind concentrarea asupra unui singur segment al „alcoolicilor". Europa de azi cuprinde o varietate de utilizări și semnificații ale alcoolului, pornind de la prezența sa pe mesele servite în familie până la diferitele modalități de petrecere.

Deprinderea de a bea este adesea întrebuințată în comunicarea formalității unui eveniment sau în separarea muncii de petrecerea timpului liber. Din punct de vedere simbolic, starea de ebrietate este asimilată unui „comportament alcoolic". Modul în care reacționează diferite persoane, sub influența alcoolului, variază ca înțeles de-a lungul Europei.

Studiile efectuate asupra influențelor culturale exercitate de consumul de alcool au scos la iveală faptul că, de cele mai multe ori, nu caracteristicile individuale modelează patternurile de consum, ci normele și valorile specifice ale unei anumite culturi, acestea determinând chiar nivelul de consum dintr-o anumită țară și proporțiile de consumatori din fiecare categorie socială. În unele state cum ar fi Statele Unite ale Americii, Anglia, Țările Scandinave, Australia alcoolul este asociat cu conduite antisociale și violente, în timp ce în țările mediteraneene sau cele din America de Sud consumul de alcool este asociat cu conduite pașnice și armonioase (SIRC, 2002, p. 8). Totodată, normele sociale care stimulează sau care, dimpotrivă, interzic consumul de alcool modelează diverse conduite ale consumatorilor. Astfel, normele proscriptive care solicită indivizilor să nu bea, așa cum sunt cele ale protestanților, determină comportamente abuzive. În schimb, acolo unde consumul de alcool este parte a ceremonialurilor religioase (așa cum se întâmplă la evrei) există puține cazuri de abuz sau consum excesiv. Societățile se deosebesc între ele prin caracterul prescriptiv sau proscriptiv al normelor. În cazul normelor proscriptive (care stabilesc cum să nu se comporte individul), spre deosebire de cele prescriptive (cu valoare de a face), există o probabilitate mai mare ca ele să ducă la forme de devianță, de tipul alcoolismului (Rădulescu S. M., Dâmboeanu, C., 2006, p. 42).

Alcoolul se încadrează în categoria substanțelor cu efecte sedative, care încetinește sau întârzie o serie de activități și funcții ale corpului, în special ale sistemului nervos central, deși, aparent, alcoolul poate fi caracterizat ca excitant prin starea de euforie inițială pe care o determină. Între alte efecte ale consumului de alcool putem aminti: schimbarea percepției despre sine și lume, diminuarea capacității de control și de performanță, diminuarea anxietății și a tensiunilor, dezinhibarea etc. Consumat în mod excesiv, alcoolul determină numeroase dificultăți în procesele de gândire și vorbire, în procesele de coordonare a mișcărilor și păstrarea echilibrului. În literatura de specialitate sunt prezentate două tipuri de intoxicație cu alcool: *intoxicația ușoară* caracterizată printr-o stare de euforie, și *intoxicația severă* caracterizată prin alterarea judecății, irascibilitate, agresivitate, degradarea funcționalității sociale și a capacității de muncă. În unele situații, intoxicația severă poate duce la amnezii temporare, lentoare psihomotorie, comă și chiar deces.

Puterea oricărei băuturi alcoolice este măsurată în procentul de alcool pe care aceasta îl conține. Alcoolul etilic pur conține 100% alcool, berea 4% alcool, vinul între 10-13% alcool, vodca, ginul, romul, scotch-ul conțin 40-50% alcool și, uneori, pot depăși acest procent. Unitatea de măsură a cantității de alcool consu-

mate poartă denumirea de concentrare de alcool în sânge şi este un parametru obiectiv folosit în cazul accidentelor sau infracţiunilor comise sub incidenţa băuturilor alcoolice. Între nivelul concentraţiei de alcool în sânge şi conduită este o legătură foarte strânsă, însă trebuie avuţi în vedere şi alţi factori, cum ar fi: greutatea individului, apartenenţa la gen, prezenţa hranei şi a apei în stomac, ritmul de administrare precum şi intervalul de timp care a trecut de la administrare. Un alt factor important îl reprezintă toleranţa la alcool. Astfel, pentru a obţine acelaşi rezultat, un consumator regulat trebuie să ingere o cantitate mult mai mare de alcool decât un consumator ocazional sau un abstinent.

Consumul îndelungat de alcool duce la dependenţă, provocând o serie de afecţiuni foarte grave (în special ale ficatului). Dependenţa de alcool (alcoolismul) implică fenomenul de toleranţă, respectiv nevoia de a consuma o cantitate din ce în ce mai mare de alcool pentru a obţine aceleaşi efecte.

În definirea alcoolismului Goode, E. (1999, p. 193) identifică patru criterii:

- cantitatea şi frecvenţa consumului (consumul unor cantităţi mari într-o perioadă de timp);
- dependenţa psihologică (persoana nu poate activa fără să consume alcool);
- dependenţa fizică (se instalează sevrajul atunci când, din diferite motive, persoana nu poate consuma alcool);
- definirea problemelor de viaţă (şomaj, accidente, divorţ, agresivitate în familie).

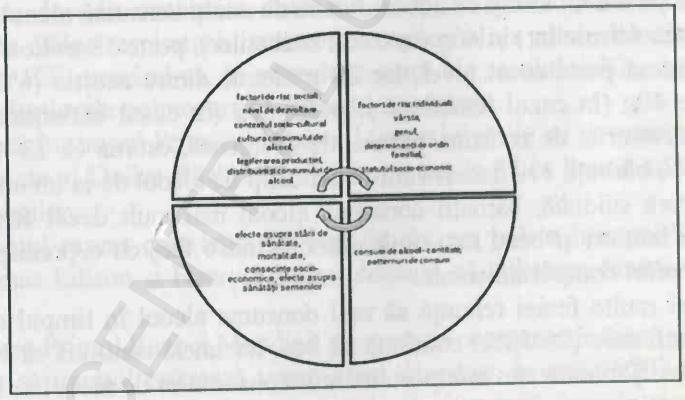
Rădulescu S. M., Dâmboeanu C. (2006, p. 46) aduc în atenţie faptul că aceste criterii de definire a alcoolismului, deşi sunt semnificative, comportă unele lacune în special prin faptul că ele nu pot fi testate şi nu sunt specifice. Astfel, atât cantitatea, cât şi frecvenţa consumului poate fi diferită de la o persoană la alta. Pentru o persoană o cantitate de alcool poate fi benignă, iar pentru altă persoană aceeaşi cantitate poate fi nocivă. O persoană poate consuma alcool în fiecare zi, în timp ce alta poate face pauze de ordinul zilelor sau săptămânilor fiind, de asemenea, alcoolică. Alcoolicii beau mai mult de obicei dimineaţa, ceea ce îi deosebeşte de persoanele care consumă în mod normal alcool. Adesea, alcoolul poate duce la un comportament agresiv, iar de cele mai multe ori alcoolicii abuzează fizic şi psihic de prieteni şi familie. Băuturile alcoolice îi fac pe cei care le consumă să se simtă mult mai stăpâni pe sine. În ceea ce priveşte criteriile de dependenţă fizică sau psihică, modalitatea de testare este foarte dificilă deoarece arareori indivizii se autoevaluează corect, recunoscând nevoia de a bea. Legat de ultimul criteriu, aşa cum am menţionat anterior, diferenţele culturale au un rol semnificativ în formarea patternurilor de consum. Unele societăţi interzic alcoolul, în timp ce altele îl tolerează (este permis consumul în timpul deplasării cu autovehiculele). Afecţiunile medicale care se asociază de obicei cu consumul de alcool (aşa cum este ciroza) nu sunt exclusiv apanajul alcoolicilor. Nici consumul de alcool şi nici debutul consumului la vârste mici nu determină neapărat alcoolismul.

Potrivit lui Hemslin, J. M. (1990, p. 129), procesul de învățare socială este factorul determinant și în raportarea individului la consumul de alcool, autorul identificând în comunitățile studiate, italieni, evrei ortodocși, greci, spanioli, chinezi, libanezi, caracteristici ale modului în care copilul învață să abordeze alcoolul:

- adulții expun copiii la alcool, de la vârste foarte mici, dar în cadrul unui grup familial și religios foarte puternic;
- consumul de alcool în familie este unul moderat;
- băuturile consumate fac parte din categoria băuturilor slabe – vin, bere;
- alcoolul este consumat de obicei la masă sau în cadrul ritualurilor religioase;
- băutura nu este considerată o virtute sau o dovadă de bărbăție;
- beția este dezaprobată.

În general, alcoolismul este privit ca o boală asfel că persoana nu se poate abține de la consum, chiar dacă înțelege efectele distructive pe care alcoolul le are asupra stării sale de sănătate. O altă opinie este aceea că alcoolismul reprezintă o tulburare de comportament cu caracter reversibil și alcoolicii pot fi învățați să renunțe la consum sau, cel puțin, la consumul excesiv. Indiferent de modalitatea de abordare, alcoolismul reprezintă un flagel, care afectează anual viața a milioane de oameni de pe tot globul.

Figura 2: Factori de risc asociați consumului de alcool



Sursa: Adaptare după Rehm *et. al.*, 2010, Blas *et. al.*, 2010

Folosirea alcoolului în Europa – modele de consum

Uniunea Europeană este regiunea cu cei mai mulți consumatori de alcool din lume (Anderson, 2012). Majoritatea europenilor consumă alcool, dar 55 milioane de adulți (15%) sunt abstinenți; luând în considerare acest consum neînregistrat, consumul de alcool pe consumator de alcool ajunge la 15 litri pe an. Mai puțin de jumătate din această cantitate de alcool este consumată sub formă de

bere (44%), diferența fiind împărțită între vin (34%) și distilate (23%). În statele UE, în părțile de nord și centru, se consumă cu precădere bere, în timp ce în partea de sud a Europei se consumă cu preponderență vin (deși Spania ar putea fi considerată o excepție). Acest fapt este relativ nou, cu o tendință vizibilă de armonizare în ultimii 40 de ani. Aproximativ 40% din consumul de alcool ocazional în majoritatea țărilor UE reprezintă consumul de alcool la masa de prânz/seară, deși cei din Europa de sud consumă, de preferință, la masa de prânz. În timp ce nivelul consumului zilnic de alcool arată o diferență gradată de la nord la sud, consumul ocazional (ex. se consumă de mai multe ori pe săptămână, dar nu în fiecare zi) este mai frecvent în Europa Centrală. Consumul până la starea de ebrietate variază pe teritoriul Europei, sudul Europei raportând lunar mai puține cazuri decât alte regiuni. Acest model de consum este diminuat în cazul consumului abuziv, moment în care se ține seama de numărul de băuturi consumate la acea ocazie, sugerând că există diferențe sistematice datorate fie raportării voluntare a persoanei că s-a intoxicat, fie cantității de băutură consumată la acea ocazie. Studiul arată că Suedia deține rata cea mai redusă a consumului abuziv cu o singură ocazie, dintre statele UE. În același studiu, persoanele adulte se îmbată de 5 ori pe an, dar de 17 ori pe an consumă consecutiv cel puțin 5 băuturi la o singură ocazie - consum de tip *binge drinking*. Acesta este echivalentul a 40 milioane de cetățeni care consumă „prea mult" alcool în fiecare lună, și a 100 milioane (1 din 3) care consumă consecutiv minim 5 băuturi alcoolice cel puțin o dată pe lună. În timp ce 266 milioane de adulți consumă alcool zilnic până la 20g (în cazul femeilor) și 40g (în cazul bărbaților), peste 58 milioane de adulți (15%) consumă peste acest nivel, iar 20 milioane dintre aceștia (6%) consumă zilnic peste 40g (în cazul femeilor) și peste 60g (în cazul bărbaților). În comparație cu nivelurile de consum, putem, de asemenea, estima că 23 milioane de europeni (5% bărbați, 1% femei) sunt dependenți de alcool de la un an la altul. În fiecare cultură studiată, bărbații consumă alcool mai mult decât femeile, beau orice fel de băuturi și beau mai mult atunci când o fac, cu o predispoziție mai mare la tulburări comportamentale.

Deși multe femei renunță să mai consume alcool în timpul sarcinii, un număr semnificativ (25-50%) continuă să bea, iar unele continuă să bea până la nivele nocive. Șabloane din comportamentul consumului de alcool se regăsesc și în statutul socio-economic, în care este mai puțin probabil ca cei cu un statut socio-economic scăzut să nu bea deloc. În ciuda unei imagini complexe în ceea ce privește unele aspecte ale consumului de alcool (cu anumite măsuri care arată tendințe opuse în ceea ce privește bărbații și femeile), starea de ebrietate și dependența de alcool se regăsesc mai degrabă printre consumatorii cu un statut socio-economic mai scăzut.

2.2.3. Tutunul

Tutunul a fost folosit pentru prima dată de către populațiile precolumbiene, aztecii și incașii folosindu-l în ceremonialurile religioase, dar și pentru inhibarea senzației de foame și eliminarea oboselii. Planta, foarte cultivată în zona Americii, este cunoscută încă din anul 6000 î.Hr. și era inhalată cu ajutorul unei pipe, prizată sau mestecată. Se presupune că termenul tabac ar avea la origine pipa, în forma literei Y, numită tobaga, pe care indienii întâlniți de Cristofor Columb în 1492 o foloseau pentru inhalarea tutunului. O altă variantă susținută de unii cercetători este că la originea cuvântului s-ar afla denumirea insulelor Tobago.

Adus în Europa de către Columb (1519) și ulterior de către Cortez, tutunul nu a fost acceptat din cauza gustului și mirosului. Ulterior, folosit de către diplomați și ambasadori (Jean Nicot după numele căruia este denumită nicotina), tutunul este popularizat în toată Europa. În România a început să fie cunoscut în secolul al XV-lea, fiind consumat în pipe, narghilele, sub formă de foițe sau foi.

Principalul motiv pentru care a început să fie consumat în mod frecvent în țările europene este acela că se credea că tutunul are proprietăți terapeutice. În vremuri timpurii, tutunul era numit *herba panacea*, însemnând „iarba vindecă–tot". Unii oameni chiar credeau că fumatul curăță plămânii. Utilizarea tutunului a stârnit de la început controverse; astfel, dacă inițial se credea că are proprietăți terapeutice (remediu împotrive ciumei, rănilor și astmului), cercetările medicale ulterioare au dovedit contrariul. Încă din anul 1761 sunt prezentate cazuri de afecțiuni ale căilor respiratorii cauzate de consumul de tutun, de către medicul englez John Hill, urmând ca, în primele decenii ale secolului XX, tutunul să fie asociat cu afecțiunile pulmonare și cancerul de plămâni.

Dacă în timpul Primului Război Mondial țigările au devenit populare, în timpul celui de-al Doilea Război Mondial acestea, la fel ca hrana, au fost incluse în rația soldaților.

Primul raport care lega fumatul de diverse boli a fost publicat în anul 1859. Thomas Edison și Henry Ford au declarat că utilizarea tutunului ar trebui interzisă.

După Primul Război Mondial, un grup de companii de tutun s-au coalizat și au negat că tutunul cauzează vreun efect dăunător. În anii 1920, producătorii mărcii de țigarete Lucky Strike au avut drept grup țintă femeile preocupate de siluetă, folosind sloganul „Ia un Lucky în loc de o bomboană".

În anii 1980, Philip Morris, unul dintre cei mai mari producători de tutun din Statele Unite, a comandat un studiu referitor la efectele nicotinei. Deși studiul a demonstrat că nicotina provoacă dependență, este un drog, rezultatele studiului nu au fost publicate, cercetătorii implicați în studiu au fost concediați, iar laboratorul a fost desființat. Mai mult decât atât, compania a făcut publice „rezultatele" studiului, în 1994, în fața Congresului american, declarând că nicotina nu produce dependență (Goode, E., 1999, p. 195).

Chiar dacă studiile nu arată o relație cauzală între consumul de tutun și cancer, se evidențiază, totuși, că incidența acestuia este mai mare în rândul consumatorilor de tutun. Societatea Americană pentru Cancer a prezentat în anul 1944 un raport care aduce în atenție acest fapt. La fel ca alte substanțe psihoactive, tutunul conține mai multe substanțe chimice, substanța de bază fiind nicotina ale cărei efecte nocive asupra organismului sunt determinate atât de modalitatea de consum (inhalat sau mestecat), cât și de durata consumului și cantitatea consumată. 60 miligrame de nicotină injectată pot ucide un om. Efectele consumului de tutun se datorează și cantității de substanțe toxice cancerigene existente în fumul degajat. Între principalele efecte ale consumului de tutun putem menționa: îmbătrânirea prematură a pielii, creșterea ritmului cardiac, apariția bolilor cardio-vasculare, cancerul bronho-pulmonar și faringian, sarcinile extrauterine, devansarea vârstei de menopauză, reducerea nivelului fertilității etc. Riscul cel mai important al consumului de tutun îl prezintă asupra sistemului cardiovascular; mai precis, fumatul este unul dintre cei mai importanți factori de declanșare a infarctul miocardic (atacul de cord), boli ale sistemului respirator, precum bronhopneumonie obstructivă cronică, emfizem și cancer, în special cancer la plămâni sau cancer laringian sau bucal.

Înainte de Primul Război Mondial, cancerul la plămâni era considerat o maladie foarte rară, pe care marea majoritatea doctorilor nu ar fi ajuns să o întâlnească în întreaga lor carieră. Odată cu popularizarea fumatului de tutun de după război, a apărut, practic, o epidemie de cancer la plămâni. În prezent, dintre oamenii care au fumat la un moment dat orice formă de tutun, aproape unul din zece se va îmbolnăvi de cancer la plămâni iar unul din șase oameni care fumează tutun în mod curent se va îmbolnăvi de cancer la plămâni. Pentru comparație, pentru nefumători, doar unul din 75 oameni se va îmbolnăvi de cancer la plămâni.

Unul dintre principalele efecte ale consumului de tutun îl reprezintă dependența. În cazul consumului de tutun vorbim atât de dependență fizică și psihică, cât și de o dependență gestuală. Astfel, fumatul este un reflex prezent în stilul de viață al fumătorului, care se manifestă prin necesitatea fumatului în situațiile care sunt asociate cu consumul: ieșirile cu prietenii, consumul de cafea sau alcool.

Statisticile arată că peste 50% dintre fumători doresc să se lase de fumat, dar nu reușesc. Dependența fizică se datorează nicotinei care, ingerată, are aceleași efecte ca morfina, respectiv producerea de endorfine, și care, întreruptă, determină manifestări fizice precum amețeală, tremurături, în timp ce dependența psihică este determinată de senzația de plăcere, destindere și stimulare intelectuală pe care îl dă consumul de nicotină.

În 2002, Comisia Europeană a adoptat o recomandare neobligatorie privind prevenirea fumatului și îmbunătățirea controlului asupra tutunului. De aici și până la interzicerea fumatului chiar în baruri și restaurante nu a mai fost decât

un pas. Apoi a apărut Directiva 37/2001 a UE, care obliga toți producătorii să inscripționeze pe pachetele cu țigări mesaje explicite cu avertizări privind efectele pe care consumul de tutun le are asupra sănătății consumatorului, precum și a celor din jur. În Irlanda, încă din 2004 fumatul este interzis la locul de muncă, dar și în localuri și restaurante. Austriecii au mers mai departe cu legislația, interzicând fumatul în încăperi în care se află și nefumători. Norvegia are una dintre cele mai stricte politici anti-fumat, în vigoare din 1988, când fumatul a fost interzis în mijloacele de transport în comun, în spații publice sau la locul de muncă. Suedezii au luat hotărârea de a interzice fumatul și în perimetrul comun din industria hotelieră, în săli de așteptare sau alte spații destinate publicului. De asemenea, respectarea regulilor anti-fumat este verificată aici mai ales la locul de muncă. Portugalia a ales să interzică fumatul în transportul public (pentru călătorii cu durată mai mică de o oră), dar să permită fumatul în holurile hotelurilor. Spania a interzis fumatul încă de acum câțiva ani în locurile publice și în instituții, dar restaurantele și barurile au voie să se declare spații destinate exclusiv fumătorilor. Grecia și Ungaria au, la rândul lor, legi în acest sens, dar mai puțin restrictive, fumatul în mijloacele de transport în comun pe calea ferată fiind permis.

În România nu se mai fumează în multe spații publice, dar în restaurante suntem încă departe de a oferi nefumătorilor delimitări civilizate, care să îi țină departe de fumul celorlalți. 40% dintre români sunt fumatori, iar legea care interzice fumatul în instituțiile publice este departe de a fi respectată întocmai – semnificative sunt cazurile personalului medical, fumător, din spitale. Odată cu noua legislație, valabilă de la 1 ianuarie 2007, o companie poate refuza angajarea unei persoane dacă aceasta este fumătoare. Legea privind marcarea pachetelor de țigări și utilizarea fotografiilor explicite în reclame sau pentru alte suporturi a fost publicată în 2004. Conform Legii nr. 349/2002, nu se pot comercializa produse pe bază de tutun minorilor, și este necesară delimitarea spațiilor destinate fumătorilor din locurile publice.

2. 3. Estimări ale consumului de droguri legale în Europa

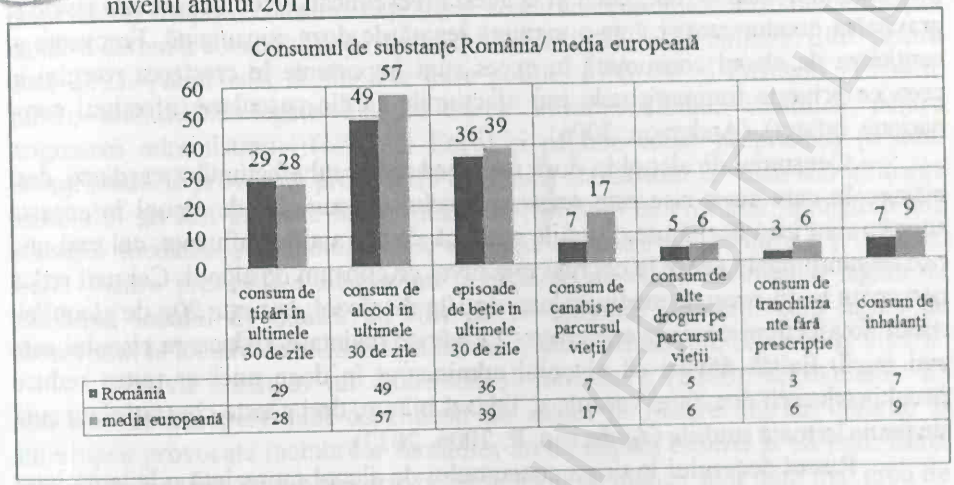
Conform studiului, realizat în 2013, la inițiativa UNICEF, de Centrul de Sociologie Urbană și Regională, cu sprijinul Institutului de Științe ale Educației, intitulat „Starea adolescenților din România" (http://www.unicef.ro/wp-content/uploads/Studiu-privind-situatia-adolescentilor-din-Romania.pdf), 42% dintre adolescenți au consumat băuturi alcoolice cel puțin o dată în viață. Consumul de alcool, cel puțin o dată în viață, este mai des în rândul adolescenților peste 14 ani (mai mult de jumătate au consumat alcool, comparat cu 21% pentru cei sub 14 ani), la băieți (57% comparat cu 27% la fete) și în mediul urban (50% urban și

32% în rural). 31% (dintre care 35% băieți și 26% fete) au primit observații din partea celor din jur în legătură cu consumul lor de alcool. Cantitatea medie de alcool pe care au consumat-o băieții în ultimele 30 de zile (dintre cei care au consumat alcool cel puțin o dată în viață) a fost de 513 mililitri, în timp ce fetele au băut mai puțin de jumătate din cantitatea băieților (204 mililitri). Incidența și prevalența consumului de alcool sunt mai ridicate în rândul adolescenților cu vârste mai mari, peste jumătate dintre adolescenții de peste 14 ani au consumat alcool față de 21% dintre cei sub 14 ani. Acesta este un semnal de alarmă, mai ales când corelăm aceste cifre cu cele potrivit cărora 33% din prima categorie (14 ani și peste) și 20% din cea de-a doua au primit observații în legătură cu consumul lor de alcool. Procentul adolescenților din mediul rural care au consumat alcool cel puțin o dată este mai scăzut decât cel al adolescenților din mediul urban, în schimb, cantitatea de alcool consumată în mediul rural, de către adolescenți este aproape dublă decât adolescenții din centrele urbane. Datele arată că în ultimele 30 de zile, când au consumat băuturi alcoolice, adolescenții din mediul rural au băut în medie 560 de mililitri față de aproximativ 300 mililitri în mediul urban. 31% dintre adolescenții ce trăiesc la oraș și 30% dintre cei de la țară au primit observații referitoare la consumul lor de alcool.

Raportul Organizației Mondiale a Sănătății (2014) arată că Belarusul ocupă primul loc la nivel modial atunci când vine vorba de consumul de alcool pe cap de locuitor. În această țară consumul de alcool pe cap de locuitor este de 17,5 litri de alcool pur. Datele arată că România ocupă al cincilea loc în topul țărilor cu cel mai mare consum de alcool pur pe cap de locuitor. Potrivit OMS, un român bea 14,4 litri de alcool pur pe an. Acest raport are drept scot atragerea atenției asupra consumului excesiv de acool, acesta fiind responsabil numai în 2012 de decesul a 3,3 milioane de persoane. Alcoolul crează dependență și este responsabil de dezvoltarea a peste 200 de afecțiuni, printre care se numără boli de ficat – precum ciroza dar și cancer. Persoanele care obișnuiesc să bea alcool sunt expuse riscului de a dezvolta tuberculoză și pneumonie. Datele mai arată că Europa este continentul cu cei mai mari consumatori de băuturi alcoolice. Astfel, după Belarus, Republica Moldova ocupă locul doi în topul țărilor cu cei mai mari băutori de alcool, având în vedere că moldovenii beau anual 16,8 litri de alcool pur. Pe locul trei se află Lituania – 15.4 litri de alcool pur pe an, urmată de Rusia – 15,1 litri de alcool pur, România – 14,4 litri de alcool pur, Ucraina – 13,9 litri de alcool pur pe an, Andora – 13,8 litri de alcool pur, Ungaria – 13,3 litri de alcool pur, Republica Cehă și Slovacia – 13 litri de alcool pur și Portugalia – 12,9 litri de alcool pur. Datele raportului OMS mai arată că Australia și Canada au și ele un consum ridicat de alcool. În aceste țări se bea anual 12,2 litri de alcool pur, respectiv 10,2 litri de alcool pur. În SUA se bea 9,2 litri de alcool pur. Africa și țările din Orientul Mijlociu au cel mai mic consum de alcool. În aceste țări media

consumului de alcool este de 2,5 litri de alcool, dar sunt şi ţări unde o persoană bea sub un litru de alcool pur pe an.

Figura 3: Comparaţie între Consumul de substanţe în România şi media europeană la nivelul anului 2011



Sursa: ESPAD, 2011

2.3.1. Consecinţe şi costuri sociale ale consumului de alcool şi tutun în Europa

Deşi utilizarea alcoolului aduce cu sine numeroase plăceri, acesta măreşte riscul unor efecte dăunătoare din punct de vedere social, asupra individului, în general, din cauza dezvoltării obişnuinţei. Efectele negative, provocate de o persoană care bea, variază de la consecinţele minore de indiferenţa socială cum ar fi pierderea nopţilor, dar există şi consecinţe mai grave: distrugerea căsniciei, abuzul asupra copiilor, infracţionalitatea, crima sau violenţa. În general, cu cât este mai mare consumul de alcool, cu atât este mai severă infracţionalitatea sau violenţa. Frecvenţa, periodicitatea şi cantitatea consumului de alcool în exces măresc în mod independent riscul violenţei. În mod frecvent, dar nu permanent, consumul de alcool în exces şi periodic înlesneşte impactul asupra daunelor provocate.

Separat de dependenţa de droguri, alcoolul este cauza a peste 60 de tipuri diferite de afecţiuni sau stări patologice, incluzând traumatisme, tulburări mentale şi de comportament, afecţiuni gastro-intestinale, cancere, afecţiuni cardio-vasculare, tulburari imunologice, afecţiuni pulmonare, musculo-scheletale, reproductive sau efecte dăunătoare asupra sarcinii, incluzând un risc crescut pentru pre-/dismaturitate (Anderson, 2006).

Pentru majoritatea situațiilor, alcoolul mărește riscul creând dependență; cu cât este mai mare consumul de alcool, cu atât riscul este mai mare. În cazul anumitor boli, cum ar fi cardiomiopatia, sindromul de detresă respiratorie acută și afectarea musculară, efectul dăunător apare numai în cazul unui nivel ridicat al consumului de alcool, dar, chiar și la acest nivel ridicat, alcoolul sporește riscul și gravitatea acestor cazuri, într-o manieră legată de doza consumată. Frecvența și cantitatea de alcool consumată în exces sunt importante în creșterea riscului în ceea ce privește traumatismele sau afecțiunile cardio-vasculare (afecțiuni coronariene, infarct), (Anderson, 2006).

Consumul de alcool în doză mică reduce riscul afecțiunilor cardiace, deși măsura în care acest risc este redus și nivelul consumului de alcool în această situație sunt încă dezbătute. Studiile arată că, în afara altor influențe, cel mai mic risc de morbiditate apare la cel mai mic nivel de consum de alcool. Cel mai redus risc apare la un consum mediu, zilnic, de 10g de alcool; la peste 20g de alcool/zi, riscul de afecțiuni coronariene crește. La vârste înaintate, reducerea riscului este mai mică. Există dovezi că alcoolul administrat în doze mici ar putea reduce riscul producerii demenței vasculare, litiazei biliare, deși aceste constatări nu sunt susținute în toate studiile (Anderson, P. 2006, 2012).

Riscul decesului în urma consumului de alcool reprezintă o balanță între riscul de îmbolnăviri sau riscul de agravare a afecțiunilor provocate de alcool și reducerea riscului de afecțiuni cardiace (care apar cel mai adesea la vârstele înaintate), prin consumul de alcool. Această balanță demonstrează, cel puțin în Marea Britanie, că nivelul consumului de alcool, cu riscul cel mai scăzut de deces, este zero sau aproape de zero grame la femei până la vârsta de 65 de ani, și mai puțin de 5 g de alcool consumat zilnic la femeile de/peste 65 de ani. În cazul bărbaților, nivelul consumului de alcool cu gradul de risc cel mai scăzut de deces este zero până la vârsta de 35 de ani, aproximativ 5g de alcool consumate zilnic în cazul bărbaților de vârstă mijlocie, și mai puțin de 10g consumate zilnic în cazul celor care depășesc vârsta de 65 de ani (și, probabil, revine la consum zero la vârste foarte înaintate). În schimb, reducerea sau stoparea consumului conduce la efecte benefice la marii consumatori de alcool. În cazul afecțiunilor cronice, precum ciroza hepatică sau depresia, reducerea sau chiar întreruperea consumului este asociată cu o rapidă îmbunătățire a stării de sănătate.

Costurile sociale ale consumului de alcool au fost estimate la 125 miliarde de Euro în 2003, din care 59 de miliarde au fost determinate de diminuarea productivității muncii și de absenteismul la locul de muncă, precum și de morțile premature (Anderson, 2006). S-a estimat că 270 miliarde de Euro s-au cheltuit din cauza accidentelor și a pierderilor de vieți omenești cauzate de consumul de alcool, în același an. Gradual, la nivel european, principalele probleme sociale și legate de sănătate sunt exprimate ca având o unică valoare monetară folosindu-se în studii termenul „costuri sociale" sau „costuri ale îmbolnăvirii" (The ASPECT

Consortium 2004; Peterson şi colab., 2005). În legătură cu costurile sociale ale consumului de alcool în Europa, datele raportului european prezintă tendinţe îngrijorătoare. Şapte milioane de adulţi se declară a fi violenţi când beau, la trecerea unui an de la debutul consumului, în timp ce (bazat pe o evaluare a puţinelor studii asupra costurilor naţionale) costurile economice atribuite infracţionalităţii datorată consumului de alcool au fost estimate la 33 miliarde Euro pentru anul 2003. Acest cost se împarte între poliţie, tribunale şi închisori (15 mld. Euro), cheltuielile legate de prevenirea infracţionalităţii, cheltuieli pentru asigurarea administraţiei (12 mld. Euro) şi pagube aduse proprietăţii (6 mld. Euro). Daunele provocate proprietăţii din cauza condusului la volan sub influenţa alcoolului au fost estimate la 10 mld. Euro, în timp ce costurile intangibile ale efectelor medicale şi psihologice ale violenţei au fost evaluate între 9 şi 37 mld. Euro. Pentru prevenţie s-au cheltuit 5 miliarde de euro, cheltuielile legate de pierderea locului de muncă au fost de 14 miliarde de euro, cele legate de absenteism la locul de muncă la 9 miliarde de euro (Anderson, Baumberg, 2006).

Potrivit studiului lui Anderson şi Baumberg (2006), aproximativ 23 milioane de europeni sunt dependenţi de alcool în fiecare an, iar durerile şi suferinţele provocate membrilor familiilor au un impact estimat la 68 mld. Euro. Estimările pe scala pagubelor provocate la locul de muncă sunt mult mai greu de stabilit, deşi aproape 5% din bărbaţi şi 2% dintre femei din UE, consumatori de alcool, înregistrează un impact negativ asupra productivităţii muncii sau studiilor. Conform unei evaluări a studiilor naţionale legate de costurile alcoolului, pierderile în productivitate în urma absenteismului provocat de consumul de alcool şi şomajului au fost estimate ca ridicându-se între 9 mld şi 19 mld Euro, respectiv între 6 mld şi 23 mld Euro. Privind din perspectiva sănătăţii, alcoolul este responsabil pentru aproximativ 195.000 de decese în fiecare an în UE, deşi s-a estimat o întârziere a decesului pentru 160.000 de persoane vârstnice, în principal prin efectul cardio-protector la femeile peste 70 de ani (datorită problemelor metodologice se consideră că numărul deceselor întârziate este unul supraapreciat). Aceste cifre sunt, de asemenea, relative în cazul neconsumului de alcool, iar efectul net ar fi mult mai mare luând în considerare nivelul consumului de alcool cu cel mai scăzut risc.

Măsurând impactul alcoolului prin intermediul DALY-ului (Disability-Adjusted Life Years), această problemă se simplifică şi se demonstrează că alcoolul este responsabil pentru moarte timpurie şi handicap într-un procent de 12% în cazul bărbaţilor şi 2% în cazul femeilor, după ce s-au luat în considerare beneficiile de sănătate. Aceasta face din alcool al treilea mare factor de risc care afectează sănătatea în statele UE, înaintea obezităţii şi după tutun şi hipertensiunea arterială. Impactul asupra sănătăţii este întâlnit într-o varietate de situaţii şi include:

- 17.000 decese anual cauzate de accidentele rutiere (1 din 3 din toate accidentele rutiere);
- 27.000 de decese accidentale;,
- 2.000 de omucideri (4 din 10 crime);
- 10.000 de sinucideri (1 din 6 din totalul acestora);
- 45.000 de decese în urma cirozei;
- 50.000 decese în urma cancerului, din care 11.000 decese înregistrate la femei în urma cancerului de sân;
- 17.000 de decese în urma afecțiunilor neuro-psihice;
- 200.000 cazuri de depresie (care ajung la 2,5 milioane conform DALY).

Costurile tratării acestor probleme care afectează sănătatea sunt estimate la 17 miliarde Euro, împreună cu 5 miliarde Euro cheltuite pe tratamente de prevenire a consumului dăunător de alcool și dependenței de acesta. Chiar și pierderea de vieți poate fi evaluată drept o pierdere a potențialului productiv (36 miliarde de Euro excluzând beneficiile medicale) sau în termenii unei evaluari care nu poate fi estimată – a vieții în sine (145-712 miliarde Euro după ce s-au luat în calcul beneficiile medicale). Populația tânără contribuie disproporțional la această povară, cu peste 10% mortalitate în rândul tinerelor și în jur de 25% în rândul tinerilor bărbați din cauza alcoolului. Sunt puține informații referitoare la daunele sociale în rândul tinerilor, fiind raportate în UE că 6% dintre conflictele elevilor cu vârste cuprinse între 15 și 16 ani, și 4% din raporturile sexuale neprotejate sunt realizate sub influența alcoolului. Alcoolul joacă un rol important în reducerea speranței de viață, astfel rata decesului timpuriu este estimată la 90 persoane la barbați și 60 persoane la femei la o populație de 100.000 persoane.

Sănătatea precară în zonele defavorizate, pare să aibă legatură cu alcoolul. Cercetările demonstrează că mortalitatea, mai ridicată în zonele defavorizate, este atribuită în mod direct alcoolului, fapt ce poate fi explicat prin inegalitățile individuale. Multe dintre daunele cauzate de alcool, se răsfrâng asupra altor persoane în afara celor consumatoare de alcool. În ceea ce privește copiii se estimează că: 60.000 nașteri sunt sub greutatea normală, 16% dintre cazurile de abuz și neglijare a copiilor sunt cauzate de consumul de alcool, iar între 5 și 9 milioane de copii provin din familii afectate negativ de consumul de alcool. Alcoolul consumat în timpul sarcinii poate produce grave afecțiuni fătului. În Franța, în 2001, au fost născuți mai mult de 700 de copii cu sindrom alcoolic fetal și se estimează că în Europa sunt mai mult de 60.000 de persoane care au această afecțiune. De asemenea, alcoolul afectează și alți adulți: aproximativ 10.000 de decese, provocate de condusul sub influența alcoolului la alte persoane decât șoferul-consumator de alcool. O parte importantă a crimelor produse sub influența alcoolului afectează, de asemenea, alte persoane în afara consumatorului de alcool. În general, s-a estimat că scăderea consumului de alcool cu 1 litru duce la

scăderea mortalității la bărbați cu 1% în sudul și în centrul Europei și cu 3% în nordul Europei.

La nivelul UE, consumul de tutun este cel mai important risc pentru sănătate care poate fi evitat. El reprezintă cea mai importantă cauză de deces prematur în UE (http://ec.europa.eu/health/tobacco/policy/index_ro.htm), provocând anual moartea a aproape 700000 de persoane. Potrivit statisticilor, circa 50% dintre fumători mor prematur (în medie, cu 14 ani mai devreme). În plus, fumătorii își petrec mai mulți ani din viață suferind de probleme de sănătate. Consumul de tutun este asociat cu numeroase forme de cancer și boli cardiovasculare și respiratorii, cauzând mai multe probleme decât alcoolul, drogurile, hipertensiunea, excesul de greutate sau colesterolul mărit. În ciuda progreselor semnificative înregistrate în ultimii ani, numărul fumătorilor din UE rămâne ridicat, 28% din totalul populației și 29% din numărul tinerilor cu vârsta între 15 și 24 de ani (http://ec.europa.eu/health/tobacco/policy/index_ro.htm).

Conform Studiului în populația generală, realizat de Agenția Națională Antidrog, în anul 2010, fumatul produselor din tutun înregistrează cel de-al doilea nivel al prevalenței consumului de droguri în populația României. Mai mult de jumătate dintre cei intervievați (56,9%) au fumat cel puțin o dată de-a lungul vieții (http://www.ana.gov.ro/studii/GPS%2010.pdf).

BCUIASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Capitolul 3

Teorii şi modele explicative ale devianţei şi consumului de droguri

3.1. Devianţa şi delincvenţa juvenilă – delimitări conceptuale

Conceptul de devianţă a apărut odată cu încercarea sociologilor americani, Sellin, T. şi Merton, R.K., de a defini obiectul de studiu al socio-criminogenezei. Aceştia au formulat primele definiţii ale comportamentului deviant. După T. Sellin devianţa este ansamblul comportamentelor îndreptate împotriva normelor de conduită sau a ordinii instituţionale. Dragomirescu, V.T. (1976, p. 31), defineşte devianţa ca fiind o reacţie normală a unor oameni normali, plasaţi în condiţii anormale. Într-un sens foarte larg, devianţa (Rădulescu S.M., 1998, p.17) semnifică devierea, abaterea de la un anumit set de norme sociale. Maurice Cusson (1997, p. 440) numeşte devianţa ca fiind ansamblul conduitelor şi stărilor pe care membrii unui grup le judecă drept nonconforme cu aşteptările, normele sau valorile lor, şi care, în consecinţă, riscă să trezească din partea lor reprobare şi sancţiuni. Devianţa poate fi definită drept nonconformism, faţă de un set dat de norme respectate de o parte semnificativă de oameni în cadrul unei comunităţi sau societăţi (Giddens, A., 2001, p. 189).

Conform dicţionarului de sociologie (Zamfir, C., Vlăsceanu, L., 1998, pp. 165-167), devianţa reprezintă orice act, conduită sau manifestare care violează normele scrise sau nescrise ale unei societăţi ori ale unui grup social particular. Definit ca un tip de comportament care se opune celui convenţional sau conformist, devianţa cuprinde nu numai încălcările legii (infracţiunile ori delictele) ci orice deviere, abatere, de la regulile de convieţuire şi imperativele de viaţă ale unei forme de viaţă colectivă. Devianţa include o gamă extrem de largă de acte sau conduite: de la cele excentrice sau bizare (ţinută, limbaj, gestică nonconformiste), la cele imorale care sfidează morala publică, până la cele cu caracter antisocial (infracţiunile sancţionate de legea penală), sau asocial (bolile psihice). Devianţa nu se referă doar la comportamentul individual ci are în vedere şi activităţile grupului – de la persoanele fără adăpost, la bandele de cartier sau adepţii cultului Hare Krishna. Deşi sunt consideraţi excentrici sau se află la marginea societăţii sunt toleraţi de către semeni şi constituie ceea ce numim subculturi deviante.

În sociologie termenul de devianță desemnează un ansamblu disparat de conduite dezaprobate și de indivizi marginali. Cele mai frecvente criterii de clasificare sunt după Rădulescu, S. (1998, p. 27):

- Natura devianței – devianța pozitivă, se referă la finalitățile pozitive ale unui act deviant (inovațiile și invențiile) devianța negativă îndreptată contra valorilor unui grup social (infracțiunile) și devianța neutră reprezentând acele acte sau conduite tolerate de grup (excentritatea, nonconformismul).
- Forma de manifestare a devianței – devianță deschisă (identificată de agențiile de control social), devianța ascunsă care caracterizează în special patologiile sexuale sau actele de corupție ale oficialilor publici și care în marea lor majoritate rămân ascunse societății.
- Tipul de devianță: devianța penală (infracțiunile), devianța sexuală, devianța politică (terorismul), devianța religioasă (fanatismul), devianța autoagresivă (sinuciderea sau consumul de droguri), devianța familială (maltratarea).
- Caracterul individual sau de grup al devianței. Spre deosebire de devianța individuală, devianța de grup implică socializarea în cadrul unor subculturi deviante definite de norme valori și stiluri de viață (organizații criminale, rețele de prostituție și trafic de droguri). Un concept nou îl reprezintă cel de devianță organizațională și care desemnează actele de corupție comise tocmai de acele organizații împuternicite în a preveni și combate corupția.
- Caracterul normal sau patologic al actului de devianță comis. Actele deviante normale sunt considerate ca atare, atunci când nu intră în conflict cu morala publică (fumatul, călătoria frauduloasă cu mijloace de transport în comun), devianța patologică, inclusă în domeniul medical, angajează conduite anormale nesocializate într-o anumită cultură deviantă (violul, incestul).

Caracterul voluntar al actului deviant permite o clasificare a tipurilor de devianți (Cusson, M., 1997, p. 440):

- Devianții subculturali reprezintă acea categorie în care sunt incluși nonconformiștii și minoritățile active. Caracteristic acestui tip de devianți este faptul că pun în discuție legitimitatea normelor pe care le violează și încearcă să promoveze norme și valori noi. În cadrul acestei categorii intră și teroriștii disidenți sau membrii sectelor religioase care își asumă actele și care își revendică legitimitatea.
- Transgresorii sunt persoane care violează deliberat o normă a cărei validitate o recunosc. Majoritatea infractorilor sunt transgresori prin aceea că ei nu încalcă o normă din principiu, ci din interes – ei violează norme cărora nu le neagă cu adevărat legitimitatea.
- Indivizii cu tulburări de comportament sunt acei indivizi a căror acte nu sunt clasificate clar a fi voluntare. De exemplu, alcoolicul sau persoana dependentă care în primă fază acționează voluntar, dar care își pierde controlul asupra actelor sale atunci când se instalează dependența. O altă categorie

distinctă o reprezintă persoanele care suferă de anumite afecţiuni psihice şi a căror acţiune se situează la limita dintre voluntar-involuntar, normal-patologic.

- Persoanele cu handicap a căror acţiune nu este inclusă în sfera devianţei, dar care pot dezvolta comportamente deviante în relaţiile lor cu semenii. Parsons aprecia că boala este singura formă de devianţă legitimă, deoarece individul bolnav este incapabil să-şi exercite rolurile sociale normale .

Dificultatea, în definirea conceptului de devianţă, constă în aceea că, pe parcursul timpului i s-au oferit o multitudine de interpretări. Trecerea de la o perioadă istorică la alta, de la societatea tradiţională la cea modernă, a determinat schimbări majore în toate sferele acţiunii umane: socială, economică-tehnologică, politică; schimbări ce au determinat implicit schimbarea normelor, tradiţiilor, legilor în baza cărora societatea exista. Astfel, homosexualitatea, care în secolul trecut era considerată una din cele mai grave forme de devianţă, a ajuns astăzi să fie tolerată sau chiar acceptată, (fapt acceptat şi în Antichitate), în timp ce, prostituţia, considerată odinioară un rău necesar, stârneşte, în prezent, din ce în ce mai multe reacţii (Rădulescu, S.M., 1998, p. 28).

Devianţa, deci, este relativă putând fi definită numai în baza reglementărilor normative existente într-un anumit cadru spaţio-temporal (Cusson, M., 1997 p. 442) şi are următoarele caracteristici:

- un act sau o conduită este considerată deviantă în funcţie de circumstanţele în care se produce;
- un act va fi considerat deviant sau nondeviant în funcţie de statusul autorului;
- un act va fi calificat sau nu deviant în raport de contextul normativ în care este plasat.

Chiar dacă criteriile care stau la baza definirii devianţei au un caracter relativ, există acte, care au fost considerate deviante, indiferent de epoca istorică, de tipul de societate sau de spaţiul geografic: incestul între mamă şi fiu, tată şi fiică, frate şi soră, răpirea şi violul unei femei căsătorite, omorul voluntar a unui membru al propriului grup şi furtul.

3.1.1. Delincvenţa juvenilă

Derivat din latinescul delinguere şi juvenis această noţiune desemnează „ansamblul abaterilor şi încălcărilor de norme sociale, sancţionate juridic, săvârşite de minori" (Mitrofan, N., Zdrenghea, V., Butoi, T., 1992, p. 267). Ca formă specială de devianţă socială, delincvenţa juvenilă defineşte „ansamblul conduitelor minorilor şi tinerilor aflaţi în conflict cu normele de convieţuire socială acceptate şi recunoscute într-o societate" (Banciu, D., Rădulescu, S., 2002, p. 7)

Trecând în revistă criteriile de stabilire ale devianţei şi cauzele care determină comportamentele deviante, s-a ajuns la concluzia că: pentru diferite

acte deviante există o cauzalitate comună. Astfel devianța școlară este strâns legată de delincvența juvenilă. Devianța școlară reprezintă în sens general ansamblul comportamentelor care încalcă sau transgresează normele și valorile școlare fiind un concept foarte vast deoarece include atât indisciplina cât și conduitele evazioniste, care nu prejudiciază în mod direct profesorul sau pe ceilalți elevi, dar, care sunt comportamente deviante neutre.

Delincvența juvenilă este un concept juridic ce desemnează totalitatea conduitelor care încalcă norma juridică și care aparțin minorilor. Ea include conduite extrem de diverse, de la jaful armat, delictele sexuale, omucidere, la înfruntarea părinților, furturi, fuga de acasă. Conduitele de delincvență juvenilă pot fi încadrate în patru mari categorii: furt, violență pentru a putea obține un avantaj material, încălcarea legilor de statut (absenteism, abandon școlar) și comportamentul de grup sau de bandă (Neamțu, C., 2003, p. 230).

În încercarea de a determina cauzalitatea fenomenului delincvențional, în rândul minorilor, s-a stabilit că slăbirea legăturii între adolescent și societate constituie elementul principal. Componentele acestei legături sunt: atașamentul față de o persoană care să îl motiveze, implicarea în proiecte academice valorizante și care să nu lase prea mult timp liber adolescentului, interiorizarea credințelor că legile trebuie respectate.

Originea infracționalității în rândul minorilor se află în transformările profunde care au alterat funcțile familiei, ale școlii, ale comunității și care au redus radical rolul formativ al părinților, în raport cu copiii, atât în primii ani de viață cât și în perioada studiilor. Reducându-și funcția economică și de producție, familia nu își mai educă copiii în spiritul muncii. Timpul liber, ocupat altădată de activități familiale, rămâne în noile condiții gol și deci la îndemâna copilului, cu riscurile implicate. Tendințele individualiste determinate de industrializare și de nuclearizarea familiei au slăbit solidaritatea umană favorizând psihologia infracțională (Miftode, V., 2004, pp. 202-206). Presiunea subculturilor delincvente promovate prin mass-media, filme, muzică influențează direct conduita minorilor și dinamica actuală a delincvenței și criminalității. Indivizii care săvârșesc infracțiuni precum furtul adeseori săvârșesc și agresiuni sau sunt implicați în traficul și consumul de droguri.

Criminologia a stabilit una din cele mai strânse legături între delincvență și toxicomanie inclusiv alcoolism. Raporturile între sinucidere și toxicomanie sunt de asemenea foarte strânse. Sinuciderile și tentativele de sinucidere sunt foarte frecvente în rândul persoanelor care consumă substanțe psihotrope. Alcoolul reduce inhibițile ceea ce determină în cele mai multe cazuri folosirea unui limbaj jignitor sau comiterea unor acte deviante din partea alcoolicilor. S-a demonstrat că persoanele care consumă droguri ajung foarte ușor distribuitori, caz în care probabilitatea implicării lui în activități delincvente crește considerabil.

De-a lungul timpului delincvenţa juvenilă a înregistrat schimbări semnificative, un număr din ce in ce mai ridicat de copii fiind implicaţi în crime şi alte infracţiuni comise cu violenţă. Studiul realizat în colaborare de Ministerul Justiţiei şi UNICEF în 2004 (Ministerul Justiţiei şi UNICEF, 2005, pp. 39, 44, 59, 63) a analizat situaţia copiilor aflaţi în conflict cu legea, care nu au împlinit încă vârsta la care răspund penal. Studiul a cuprins 7 judeţe plus municipiul Bucureşti şi a ajuns la concluzia că în perioada octombrie 2003- martie 2004 un număr de 313 copii au ajuns în atenţia Direcţiilor de Protecţie a Copilului (DPC) pentru crimele şi delictele comise. Numerele difereau însă foarte mult de la un judeţ la altul, ceea ce indică existenţa unor mari diferenţe de practică. În timp ce 33% dintre aceşti copii impliniseră 14 ani, majoritatea, adică 62%, aveau intre 10-14 ani, iar 5% sub 10 ani. În nu mai puţin de 82% din cazuri era vorba de furt, în 6% din cazuri de distrugere, şi numai în 2% din cazuri de vătămare corporală. Majoritatea infracţiunilor au fost comise în grup, împreună cu alţi copii. Studiul aduce în atenţie faptul că tendinţa de a încălca legea şi de a avea un comportament violent este mult mai frecventă în rândul băieţilor decât al fetelor. Dintre copiii care au împlinit 14 ani, peste 94% erau băieţi, în timp ce între copiii sub 14 ani procentul băieţilor era uşor mai redus (87%). Majoritatea delicvenţilor juvenili provin din mediul urban, mai ales cei care au împlinit vârsta de 14 ani (78%). Dintre copiii care nu au împlinit 14 ani, 66% provin din mediul urban, iar 73% au comis infracţiunile în zonele urbane, de unde reiese că şi unii copii din mediul rural au comis infracţiuni în mediul urban. Majoritatea copiilor aflaţi în conflict cu legea sunt români, atât în rândul copiilor peste 14 ani (84%), cât şi în rândul copiilor sub 14 ani (72%). Copiii de etnie rromă sunt mai bine reprezentaţi mai ales în rândul copiilor mai mici, sub 14 ani (22%) şi în mai mică măsură în rândul copiilor mai mari (11%). O constatare oarecum surprinzătoare (ASIS, 2004, p. 16) este aceea că nu mai puţin de 61% dintre copiii de toate vârstele locuiau acasă cu părinţii, 29% dintre copiii de vârste foarte mici locuiau la un părinte sau la rude. Spre deosebire de credinţa generală, între copiii care au împlinit 14 ani doar 2% sunt copii ai străzii şi doar 3% provin din instituţii, iar între copiii care nu au împlinit 14 ani, doar 7% sunt copii ai străzii şi 1,5% provin din instituţii.

3. 2. Teorii cu privire la devianţă

Funcţie de modul în care sunt explicate evenimentele şi circumstanţele generatoare sau favorizante de acte sau conduite deviante, teoriile asupra devianţei pot fi clasificate în (Giddens, A., 2001, p. 191):

- Teorii pozitiviste – includ teoriile biologice, psihologice şi pe cele sociologice.

- Teorii criticiste – se concentrează pe un spațiu social, cultural, istoric foarte larg. În mare parte sunt bazate pe analiza structurilor de clasă și încadrează în primul rând teoriile marxiste asupra devianței și marginalizării.
- Teoriile feministe ce pleacă de la constatări statistice care se referă la rolul redus, uneori aproape inexistent al femeilor în cazurile de deviantă.

Abordarea biologică. Unele dintre primele încercări de explicare a comportamentului deviant au avut ca punct de plecare teoriile biologice. Cesare Lombroso (1870) era de părere că învățarea socială poate determina comportamentul deviant, dar considera majoritatea criminalilor ca fiind degenerați din punct de vedere biologic. O altă manieră de a explica comportamentul deviant a fost aceea de a pune acest comportament pe seama eredității, iar metoda de studiu era studierea arborelui genealogic. O altă teorie a fost cea care făcea legătura între comportamentele deviante și fizicul uman. Exista credința că tipurile musculare (mezomorfe) au mai multe șanse de a deveni delincvenți decât cei cu fizic fin (ectomorf) sau persoanle mai solide (endomorfi). Ulterior aceste modele explicative au fost discreditate.

Abordarea psihologică, ca și abordările biologice, face legătura între comportamentul deviant și tipurile de personalitate. Aceste teorii aduc în atenție faptul că anumite tipuri de personalitate (cu caracteristici de tip psihopat) pot favoriza apariția comportamentelor deviante. Aceste teorii nu susțin numai manifestarea izolată, individuală a comportamentului deviant ci fac referire și la psihozele colective. Psihozele colective reprezintă manifestări ale nebuniei de grup de o mare complexitate. Spre deosebire de nebunia individuală, nebunia colectivă este expresia unei tulburări complexe a sistemului de valori care normează viața socială, mentalitatea și comportamentele umane. Pierderea sau degradarea valorilor morale, religioase, culturale, sociale sunt condiții care duc la apariția unor conduite aberante, anomice. Psihozele colective sau nebunia colectivă sunt cunoscute și semnalate încă din cele mai vechi timpuri ale civilizației, apar în intervale de criză socio-culturală atunci când schimbarea valorilor duce la schimbarea ordinii sociale (Enăchescu, C., 2003 p. 75).

Abordarea psihiatrică. Concepția lui S. Freud (Freud, S., 1980, p. 90) demonstrează existența în structura persoanei a trei instanțe: sinele- locul unde se nasc pulsiunile instinctuale, supraeul – instanța psihică cu rol prohibitiv care interzice exteriorizarea pulsiunilor inconștiente și eul – sistemul conștient de control a comportamentului, la nivelul căruia se rezolvă conflictele între sine și supraeu. În funcție de acestea, comportamentul deviant se dezvoltă la acele persoane la care supraeul este slab, motiv pentru care nu își pot controla tendințele inconștiente emanate de sine. În baza distincților făcute de Freud între Eros și Thanatos au fost dezvoltate teorii care explicau actele deviante autoagresive (fumatul, alcoolismul, consumul de droguri, prostituția) ca fiind expresii ale *thanatosului* (dorinței de moarte).

Abordarea sociologică. Teoriile sociologice aduc în atenţie noţiunea de conformism social şi interconexiunile care se crează între conformismul social şi devianţa socială în contexte diferite.

Paradigma funcţionalistă. Spre deosebire de abordările tradiţionale ale devianţei (abordarea biologică şi cea psihiatrică), care localizau cauzele comportamentului deviant la nivel de individ, paradigma funcţionalistă (Parsons, T., 1951, Merton, R.) a elaborat o interpretare de tip holistic, care caută sursele devianţei la nivelul structurilor sociale deficitare. În viziunea lui Parsons, devianţa este o stare de alienare, o ieşire din standardele sociale pe care societatea are capacitatea de a o înlătura prin intermediul mijloacelor de control social de care dispune. În viziunea sa, numai boala este acceptată ca devianţă legitimă, întrucât individul este scutit de rolurile şi responsabilităţile pe care trebuie să le îndeplinească în viaţa socială. Lui Talcott Parsons îi aparţine concepţia structural-funcţionalistă ce pleacă de la presupunerea fundamentală că societatea este bazată pe o ordine normativă, unanim acceptată, datorită consensului valoric stabilit între toţi membri societăţii. Astfel, omul este un individ conformist, suprasocializat, dominat de structuri care se supune atât presiunilor externe ale mecanismelor instituţionalizate, cât şi presiunilor interne datorate socializarii. Aceste presiuni determină conformitatea indivizilor cu normele şi mijloacele instituţionalizate, aşa încât devianţa apare doar ca o stare potenţială şi nu ca o realitate efectivă.

Paradigma conflictului social (Schuerkens, U., 2009, pp. 113-116) demonstrează faptul că devianţa în toate formele sale este un răspuns adaptativ la condiţiile de viaţă. Distribuţia ratelor de devianţă (şi sancţionarea ei) are loc în funcţie de poziţia de clasă (Rădulescu, S., Banciu, D., 1996). Preluând de la Marx şi de la Wright Mills ideea că, nu consensul social, ci conflictul reprezintă principala condiţie a ordinii sociale, punând în competiţie grupuri sociale lipsite de resurse economice cu cele care beneficiază din plin de acestea, teoreticienii conflictului (Lewis Coser, Ralf Dahrendorf, John Rex), au adus în sprijinul acestei teze următoarele argumente:

- ordinea sociala este emanaţia puterii şi nu a consensului social, aşa cum susţine Parsons, însă cel mai important aspect al ordinii sociale, este reprezentat de conservarea puterii prin intermediul instituţiilor de control social (Dahrendorf, R., 1964);
- sistemul social trebuie considerat numai în raport cu situaţiile conflictuale existente (de la tranzacţile specifice concurenţei de piaţă până la violenţa manifestă), situaţii ce tind să producă o societate pluralistă, definită de clasele sociale ale căror interese explică acţiunile membrilor (Rex, Jh., 1981);
- conflictele sociale au şi un rol pozitiv, contribuind la creşterea ajustărilor între grupurile sociale, permiţând menţinerea lor şi prevenirea retragerii unor indivizi din cadrul lor (Coser, A.L., 1967).

În sociologia devianței, *paradigma conflictului social* a fost dezvoltată ca urmare a criticismului radical din sociologia americană, a deceniului șapte, care a desfășurat ample dezbateri asupra inegalităților sociale. Printre reprezentanții paradigmei conflictului, în sociologia devianței, se numără Richard Quinney, Paul Walton, Anthony Platt, Austin Turk. Aceștia considerau că legea este instrumentul clasei dominante și apreciază că sistemul juridic capitalist are ca scop transformarea oricărei conduite, care amenință privilegiile și proprietatea claselor favorizate, într-un comportament ilegal. Quinney a efectuat o tipologie a crimelor (infracțiunilor) în funcție de diferențele de putere existente între clasele dominante și cele defavorizate:

- crime „prădalnice", printre care se numără spargerile, tâlhăriile (jafurile), comerțul cu droguri și contrabanda, comise de către indivizii fără resurse în scopul asigurării necesității de supraviețuire într-un mediu dominat de inegalitate socială;
- crime cu caracter particular, între care pot fi menționate omorul, atacul armat și violul, săvârșite, mai ales, de acei indivizi care sunt abrutizați de condițiile dure ale capitalismului;
- crime de rezistență (opoziție), printre care actele clandestine de sabotaj economic și munca făcută fără simț de răspundere; caracterizează clasa muncitoare, care alege aceste mijloace pentru a se împotrivi capitalismului;
- crime de dominare, comise de către corporații, printre care fixarea artificială a prețurilor, încălcarea legislației financiare, poluarea mediului etc., care au ca scop menținerea sistemului existent;
- crime ale puterii executive (acte de corupție), săvârșite în diferite scopuri, toate având ca motivație menținerea pozițiilor de putere, prestigiu și bunăstare materială.

Teoreticienii conflictului apreciază că, în toate formele ei, devianța a devenit un răspuns adaptativ la condițiile de viață ale capitalismului contemporan.

Paradigma interacționalismului simbolic. Teoria etichetării (are ca reprezentanți pe Howard S. Becker, Edwin Lemert, Kai Erikson, Erving Goffman, Thomas Scheff). Problema fundamentală a acestei teorii constă în aflarea unui răspuns la întrebarea: de ce (cum) o anumită conduită este desemnată ca fiind deviantă ? Nici un act nu este prin el însuși deviant, ci este definit ca atare în urma interacțiunilor sociale, în cursul cărora indivizii reacționează față de conduitele altor indivizi, care nu se înscriu în tiparele stabilite prin norme și pe care le etichetează ca fiind deviante (Rădulescu, Banciu, 1996). Calificarea unui act ca fiind deviant sau nu, depinde în mică măsură de ceea ce face individul. Rolul decizional revine semnificațiilor pe care grupurile investite cu autoritate (în a eticheta devianța), le conferă acestor acte.

Teoria învăţării sociale a agresiunii a fost propusă de A. Bandura şi aduce în atenţie faptul că o mare parte din comportament, inclusiv agresiunea, se învaţă.

Devianţa dobândită – teoria asocierilor distinctive. (Ogien, A., 2002, p.100 *apud* Sutherland, E.H., 1949) argumentează că, în general, comportamentul deviant se formează în grupurile primare, în special în cadrul grupurilor de aceeaşi vârstă. El consideră că activităţile delictuale sunt învăţate în aceeaşi manieră în care se învaţă şi cele care respectă legea. Această teorie vine să contrazică teoriile biologice precum şi pe cele psihologice care pun pe seama particularităţilor fizice sau psihice comportamentul deviant. Teoria aduce în atenţie faptul că varietatea subculturilor existente într-o societate poate încuraja sau nu activităţile ilegale. Indivizii devin delincvenţi prin asocierea cu persoane care dezvoltă şi susţin comportamente deviante. Conduitele individuale depind de reacţiile celorlalţi dar şi de distanţa pe care un individ o întreţine faţă de legile, normele pe care se bazează o anumită ordine socială.

Teoria subculturilor delincvente este invocată atunci când se vorbeşte de arii de delinvenţă sau de delincvenţa de tip urban. (Neamţu, G., Cîmpean I., Ungureanu, C., 1998 p. 37). Există trei tipuri majore de subcultură delincventă prezentă, mai ales, în rândul adolescenţilor, din mediul urban. Primul tip se bazează pe valori de tip delincvent fiind organizat în scopul obţinerii unor foloase materiale – modelul delincvent. Al doilea tip are ca normă de bază violenţa, membrii grupului se manifestă prin utilizarea forţei sau prin ameninţare – modelul conflictual. Al treilea model se referă în primul rând la subculturile toxicomane -modelul evazionist sau de izolare.

Presiunea structurală: anomia cauză a comportamentului deviant. Termenul de anomie provine din limba greacă şi desemnează starea de dereglare a funcţionării unui sistem social, cauză fiind deprecierea normelor sociale. E. Durkheim în lucrarea sa „Diviziunea muncii" susţine că pe măsură ce societatea devine mai complexă, este tot mai dificil a se menţine coeziunea socială. Durkheim nu considera profesiunea de delincvent ca formă aberantă, anormală, ci ca formă de diferenţiere a muncii. În concepţia lui Durkheim, anomia apare, atunci când nu există standarde clare, care pot ghida comportamentul indivizilor. Plecând de la viziunea lui Durkheim despre anomie, Merton, R. (1957) a încercat să explice comportamentul deviant şi a redefinit conceptul de anomie. El aduce în atenţie presiunea la care este supus individul atunci când normele acceptate intră în conflict cu realitatea socială. Merton defineşte devianţa ca pe un produs al inegalităţilor economice şi identifică cinci reacţii posibile, ale indivizilor, la tensiunile dintre valorile susţinute de societate şi mijloacele prin care acestea se pot realiza:

- conformiştii care acceptă atât valorile, cât şi modalităţile de realizare;
- inovatorii care recunosc valorile, dar găsesc alte modalităţi de realizare;

- ritualiștii care se conformează standardelor acceptate la scară socială, dar omit valorile susținute de aceste norme;
- retrașii care resping atât valorile, cât și mijloacele acceptate de realizare a lor, dar care au renunțat la spiritul competitiv;
- rebelii care resping atât valorile, cât și mijloacele și care doresc în mod activ să le înlocuiască cu altele noi.

Teoria controlului social. Controlul social desemnează procesul prin care o instanță (persoană, grup, instituție, asociație sau organizație) reglementează, orientează, influențează sau modifică comportamentele sau acțiunile altei instanțe, ce aparțin aceluiași sistem, cu ajutorul unor mijloace materiale simbolice, în vederea asigurării conformității și păstrării echilibrului specific sistemului (Zamfir, C., Vlăsceanu, L.,1998). În lucrarea „Despre Sinucidere", E. Durkheim pune bazele teoriei controlului social, făcând legătura între instanțe sociale: familie, biserică, context socio-economic și comportamentul individual de tip delincvent. Teoria controlului social subliniază că delincvenții își consolidează sistemul de convingeri în compania persoanelor cu gândire asemănătoare și în același timp reflectă legăturile slabe între individul delincvent și societate. Funcțiile controlului social sunt de prevenire, limitare sau eliminare a abaterilor de la norma existentă. Teoria a fost formulată de Travis și are ca model central totalitatea cunoștințelor pe care le avem despre caracteristicile personale și demografice ale delincventului. Profilul tipic al delincventului este: bărbat tânăr, crescut fără tată provenit dintr-o suburbie, cu dificultăți în istoria școlară iar în prezent șomer.

3.3. Teorii și modele explicative ale consumului de substanțe – analiză din perspectiva construirii modelelor de intervenție

În mod obișnuit o teorie rezumă un complex de evidențe empirice, putând să fie o derivată a unei ipoteze, să explice legi sau să construiască modele. Pe de alta parte, un model este o teorie sau un grup de teorii aplicate unei arii sau situații specifice (Mitchell, M.L, Jolley, J.M., 1992, pp. 71-73).

Dintre toate teoriile și modelele explicative ale consumului de droguri, majoritatea s-au orientat asupra cauzelor care îi determină pe indivizi să consume droguri. Aceste teorii au fost grupate de Becona în (Abraham, P., 2004, p. 21. *apud* Becona):

- teorii și modele parțiale sau bazate pe puține componente;
- teorii și modele evolutive sau bazate pe stadii;
- teorii și modele integrative sau comprehensive.

Sintetic, prezentăm aceste teorii și modele explicative în fig. 4.

Figura 4: Teorii şi modele explicative ale consumului de substanţe

Teorii şi modele parţiale sau bazate pe puţine componente	*Teorii şi modele evolutive sau bazate pe stadii*	*Teorii şi modele integrative sau comprehensive*
Modelul biologic	Modelul evolutiv (Kandel)	Teoria învăţării sociale sau teoria cognitiv-socială (Goleman) are la bază teoria învăţării (Bandura)
Modelul sănătăţii publice	Modelul social (Peele)	Modelul dezvoltării sociale (Catalano, Hawkins) are la bază teoria controlului social, teoria învăţării sociale şi teoria asocierii diferenţiate
Teoriile învăţării (Bandura, Goleman)	Modelul etapelor motivaţionale multicomponente Werch şi DiClemente	Teoria interacţională a delincvenţei (Thornberry)
Teoriile atitudinal comportamentale	Modelul procesului de afirmare al tinerilor (Kim şi colab.) bazat pe teoria controlului social, a modelului dezvoltării sociale, a comportamentului problemă şi a învăţării sociale)	Teoria sub-culturilor deviante (Merton)
Teoria acţiunii raţionale (Fishbein şi Ajzen)	Modelul maturităţii prin consumul de droguri (Labouvie)	Teoria comportamentului problemă (Jessor şi Jessor, 1977)
Teoria comportamentului planificat (Ajzen)	Teoria pseudo-maturităţii sau a dezvoltării precoce Newcomb reuneşte teoria pseudo-maturităţi şi a dezvoltării precoce	Teoria comportamentelor de risc ale adolescenţilor (Jessor şi Jessor, 1993)
Teoriile psihologice (Kaplan)	Modelul psihopatologic al dezvoltării (Gantz)	Modelul stilurilor de viaţă – (Olaio, A. *apud* Calafat şi colab.)
Modelul afectivităţii (Pandina)	Teoria socializării primare (Oetting şi colab.)	Modelul ecologic (Bronfenbrenner)

Teorii şi modele parţiale sau bazate pe puţine componente	*Teorii şi modele evolutive sau bazate pe stadii*	*Teorii şi modele integrative sau comprehensive*
Teoriile bazate pe familie şi pe abordarea sistemică		Teoria influenţei triadice Flay şi Petraitis Modelul autocontrolului (Santacreu) Modelul comprehensiv şi secvenţial (Becona) Teoria identităţii culturale în consumul de substanţe (Anderson)

3.3.1. Teoriile şi modelele parţiale sau bazate pe puţine componente

Teoriile şi modelele parţiale sau bazate pe puţine componente includ *teoriile şi modelele biologice* care consideră consumul de substanţe ca o tulburare de natură biologică. Aceste teorii reduc explicarea tulburării la o cauză fundamental biologică şi la ipoteza automedicaţiei. Individul consumă substanţe pentru că, odată ce le-a descoperit, le-a încercat şi a experimentat efectele pozitive îşi va soluţiona problemele cu ajutorul lor, multe din aceste probleme fiind de natură psihopatologică, sau în care organismul necesită autoreglarea cu ajutorul substanţelor (Georgescu, D., Moldovan, A.M, Cicu, G., 2007, p. 24, *apud* Casas şi colab., 1992).

Modelul sănătăţii publice este un model de mare relevanţă, derivat al acestuia este modelul convingerilor asupra stării de sănătate, care a fost elaborat pentru prima dată de către un grup de cercetători în domeniul studiului comportamentelor din cadrul Serviciului de Sănătate Publică al SUA în anii 1950-1960. În ultimele trei decenii acest model a fost unul dintre cele mai utilizate pentru a explica comportamentul în relaţie cu starea de sănătate. Elementele sale fundamentale sunt susceptibilitatea, severitatea, beneficiile şi barierele percepute. Începând cu jumătatea anilor '70, diverşi autori au susţinut un model legat de competenţe în detrimentul modelelor prin deficit care primau până în acel moment. Cheia acestui model o reprezintă anticiparea problemelor pentru a le putea evita, mai mult decât încercarea de a ajuta subiecţii să-şi rezolve problemele. Acest model are două componente principale (Costa şi Lopez, 1996):
- promovarea competenţei individuale;
- dezvoltarea de comunităţi şi organizaţii competente.

BCU CLUJ / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Modelul medical, care explică adicţiile, susţine că o persoană dependentă nu mai poate fi recuperată: odată dependent – întotdeauna dependent (Blume, 2004). Susţinătorii acestei teorii argumentează că dependenţa de substanţe trebuie tratată ca orice boală (diabet, astm sau hipertensiune) deoarece ceea ce determină apariţia acesteia este predispoziţia genetică. Un alt model medical este cel al dopaminei D2. În creierul uman sunt cinci subtipuri de receptori ai dopaminei (Ivanov, Schulz, Palmero şi Newcorn, 2006, p. 22). Unul dintre aceşti receptori a fost vizat în mod special atunci când s-a studiat domeniul adicţiilor şi anume receptorul dopaminei D2 (Hurd, Y. L., 2006, p. 58). Studiile efectuate au arătat că prezenţa în număr mai mic a acestor receptori poate duce la dezvoltarea comportamentelor adictive (Ivanov, Schulz, Palmero şi Newcorn, 2006). Multe cercetări ce au avut la bază modelul medical de analiză a adicţiilor au concluzionat că factorii genetici sunt responsabili în formarea comportamentelor de iniţiere şi menţinere a consumului de substanţe. (Harvard Health Publications, Addiction and the problem of relapse, 2007, http://healthyliving.msn.com/health-wellness/addiction-and-the-problem-of-relapse-1). Totodată aceleaşi cercetări au scos în evidenţă şi importanţa factorilor de mediu în iniţierea şi menţinerea comportamentelor adictive. Studiul efectuat pe un număr de 1200 de perechi de gemeni monozigoţi şi bizigoţi precum şi studii efectuate în populaţia generală arată că peste 60% dintre consumatorii de substanţe provin din familii în care acest comportament nu este prezent (Ivanov, Schulz, Palmero şi Newcorn, 2003, p. 1270).

Contrar acestor ipoteze, există teorii care susţin că, dimpotrivă, adicţiile nu sunt altceva decât abateri conştiente de la normă (asemenea condusului cu viteză) şi, trebuie sancţionate ca atare (Marlowe, D.B. şi colab. 2003, pp. 40-46).

Studiile epidemiologice efectuate arată că mulţi dintre cei care la un moment dat însumau criteriile de definire a dependenţei de substanţe, ulterior au fost înscrişi doar în categoria consumatorilor de substanţe. Consumatorii de alcool, spre exemplu, pot alterna perioade de consum abuziv cu perioade de abstinenţă sau cu perioade de consum social-controlat (Vaillant, 1996).

Referitor la dependenţa de alcool, teoriile timpurii ale adicţiilor, au postulat că odată dependent, individul nu mai este capabil să îşi controleze comportamentul şi prezintă risc crescut de a muri, din cauza efectelor asupra sănătăţii determinate de consumul de alcool. Această abordare pesimistă are la bază observarea comportamentelui persoanelor dependente, aflate în instituţii şi care nu au reuşit să rezolve problema consumului de alcool prin forţe proprii. Se pleacă de la ideea că individul nu poate să controleze cantitatea de alcool pe care o consumă (*one drink, one drunk* – sloganul „Alcoolicilor anonimi") şi, dacă a început să bea, nu se mai poate opri, dar nu există studii care să demonstreze acest fapt.

Teoriile învăţării (Bandura, A., 1977) explică consumul de drog ca fiind un fenomen de dobândire, de învăţare prin condiţionare sau prin imitare. Un rol

important, mai ales în etapa de debut a consumului de droguri, avându-l învățarea socială. Teoria susține că există patru faze în învățarea de la un model: faza atenției, faza reținerii, faza reproducerii și faza motivației.

Teoriile atitudinal comportamentale susțin că este posibilă o prognosticare a consumului plecând de la atitudini și credințe ale subiectului sau de la comportamentele sale anterioare. Dintre aceste teorii, aducem în atenție, *teoria acțiunii raționale* a lui Fishbein și Ajzen, (1975, p. 47) și *teoria comportamentului planificat* al lui Ajzen (1988). Teoria propusă de Ajzen și Fishbein, cu privire la intențiile comportamentale oferă posibilități de integrare și clarificare a cercetărilor din domeniul consumului de droguri, și în plus, abordează controversa privind relația dintre atitudini și comportament. Dacă se poate afirma că: consumul de droguri este un comportament intenționat, orientat spre un scop, atunci, această teorie (care se focalizează pe determinanți specifici ai intențiilor), se poate aplica intenției de a consuma droguri. Se consideră comportamentul unei persoane, ca funcție a intențiilor sale de a realiza un comportament. Intenția comportamentală este (după teoria acțiunii raționale) funcția a doi factori: atitudinea față de comportament și normele subiective cu privire la comportament. În teoria comportamentului planificat, intenția comportamentală este rezultatul a trei factori: atitudinea față de comportament, normele subiective cu privire la comportament, și percepția controlului comportamental. După Ajzen și Fishbein aceste două concepte psiho-sociale de bază, atitudini și norme sociale, creează o legatură între abordarile psihologice și cele sociologice privind studiul comportamentului uman. Această teorie, folosită foarte mult în anii '80 și-a pierdut din importanță în ultimii ani, mai ales în aria dependenței de droguri. Chiar și așa, ea este utilă atunci când urmărim predicția unui comportament plecând de la intenții, credințe sau atitudini (Becona, 1993) separat sau în combinație cu alte componente. În cazul teoriei comportamentului planificat, aceasta prezice mai eficient acele cazuri în care nu este posibilă exercitarea permanentă a unui control voluntar sau a unui control exterior persoanei.

Teoriile psihologice bazate pe cauze intrapersonale includ modelul creșterii stimei de sine și teoria integrativă a comportamentului deviant a lui Kaplan (1975, 1996). Acesta pleacă de la premisa că adolescenții caută acceptarea și aprobarea comportamentului lor. În momentul în care comportamentul adolescentului se îndepărtează de așteptările adulților, acesta va deveni o sursă de disconfort psihic, pe care adolescentul trebuie să îl rezolve.

Modelul afectivității face legătura între sentimentele negative ale individului și predispoziția spre consum. Acest model demonstrează că indivizii cu un profil de înaltă afectivitate negativă sunt mai vulnerabili la trecerea de la consumul ocazional, la cel experimental și la abuz (Abraham P., *apud* Pandina, 2004, p. 23). Acei subiecți care vor găsi atractivă intoxicația cu droguri sunt cei care, în mod cronic, au nevoie de niveluri crescute de activare (au o sensibilitate

specială la stimularea, rezultată din activarea produsă de droguri) şi cei care se pot caracteriza printr-o deprivare cronică a re-întăririi pozitive. Mai mult, apare ipoteza că cei care sunt deprivaţi cronic de o re-întărire pozitivă sunt dominaţi de stări afective negative persistente şi generalizate. Satisfacerea acestor necesităţi şi înlăturarea stărilor negative poate, cel puţin temporar, poate fi obţinută prin ingestia şi intoxicaţia cu droguri, ceea ce va conduce la activarea circuitelor neuronale asociate cu re-întărirea pozitivă. Datorită satisfacţiei obţinute, chiar dacă aceasta este temporară, este de aşteptat ca odată iniţiată utilizarea substanţei, consumul să persiste în timp şi să crească în intensitate. Există anumite tipare emoţionale care par să determine consumul de substanţe. Goleman, D. (2001, pp. 306-307) identifică două căi emoţionale care conduc la alcoolism. Una începe atunci când, după o perioadă de tensiuni şi frustrări în copilărie, adolescentul descoperă că alcoolul îl calmează. Este de obicei cazul adolescenţilor care vin din familii unde consumul de alcool era folosit în acelaşi scop. A doua provine dintr-o stare de agitaţie puternică, impulsivitate, plictiseală. Faptul că nu suportă monotonia îi face pe adolescenţi să fie dispuşi să încerce orice. Acest lucru asociat cu impulsivitatea lor firească îi face să aibă o înclinaţie clară spre a abuza de o serie întreagă de droguri puternice, nu numai de alcool.

Teoriile bazate pe familie şi pe abordarea sistemică pleacă de la premisa că utilizarea substanţelor este expresia comportamentelor neadaptate ale unuia sau mai multor membri ai familiei, comportament care produce disfuncţii în sistemul familial. (Waldron, H.B. şi Slesnick, N., 1998, pp. 271-283). Totuşi, chiar dacă aceste modele au avut o mare relevanţă pentru tratament şi există o teorie explicativă a iniţierii dependenţei, nici unul din acestea nu s-a dezvoltat suficient pentru a fi aplicat în câmpul prevenirii dependenţei de droguri.

3.3.2. Teorii şi modele evolutive sau bazate pe stadii

În cadrul acestora sunt incluse o serie de teorii care îşi bazează explicaţiile pe stadii sau pe evoluţia dezvoltării cu privire la maturizare şi la consumul de droguri.

Modelul evolutiv (Kandel) postulează că utilizarea de droguri urmează nişte paşi secvenţiali. Începutul se face cu anumite substanţe (droguri legale) care servesc ca element facilitator pentru consumul ulterior de alte substanţe, în special marijuana şi apoi şi alte droguri ilegale. Kandel porneşte de la teoria socializării, centrându-se în mod special pe legătura dintre dezvoltarea adolescentului şi relaţia sa cu părinţii şi egalii. Conceptele şi procesele folosite provin din teoria învăţării sociale şi din teoria controlului (Kandel şi Davies, 1992, pp. 211-253). Ideea principală este aceea că utilizarea drogurilor ilegale, marihuana, cocaină, heroină se produce într-o formă secvenţială sau etapizată, plecând de la droguri legale, alcool şi tutun.

Studiile realizate de Kandel, atât de tip longitudinal cât şi transversal, indică existența a patru etape prin care trec consumatorii de droguri ilegale: a) bere sau vin, b) țigări sau lichior, c) marihuana, d) alte droguri ilegale. Consumul de droguri legale este elementul intermediar care se găseşte între non-consumul de substanțe şi consumul de marijuana şi ulterior alte droguri ilegale. Este de asemenea important să subliniem că, în decada anilor '70, modelul lui Kandel a adus un element nou, inexistent până atunci în câmpul prevenirii. Acest model arata faptul că nu este necesar ca fiecare etapă să apară la toți indivizii în mod egal. Consumul unei substanțe într-o etapă creşte de o manieră importantă şi semnificativă probabilitatea de a trece la faza următoare de consum. Există diverse influențe care se relaționează cu consumul sau nonconsumul de droguri ilegale. Principalele două sunt familia şi anturajul, care au primit cea mai mare atenție, la care se adaugă factorii legați de individ şi alte comportamente deviante. Alături de contactul cu diferitele substanțe ar mai exista două tipuri de influențe: interpersonale şi intrapersonale. Pe lângă acestea, modelul evolutiv propus a fost găsit atât la bărbați cât şi la femei, la diferite vârste, la persoane de rasă albă sau de culoare, ceea ce demonstrează un nivel înalt de generalizare

Modelul social al lui Peele (1985) se bazează pe rolul pe care îl au adicțiile în stilul nostru de viață. Modelul susține că nici substanța (în sine), nici comportamentul, nu sunt cele care produc adicția, ci modul în care persoana interpretează aceasta experiență şi cum răspunde la nivel fiziologic, emoțional şi comportamental la respectivele substanțe. Modul de a se confrunta cu realitatea cotidiană şi modul de a se vedea pe sine influențează în mod clar şi experiența adictivă. Acest model recunoaşte totuşi, că experiențele trecute, personalitatea şi mediul social vor determina un stil de confruntare cu cotidianul. Drogurile şi comportamentele ce conduc la adicții se vor converti, astfel, în „amulete" pe care persoana le are pentru a înfrunta mai bine situațiile de stres, anxietate, durere, depresie etc. După Peele, cultura noastră favorizează adicțiile pentru că a dezvoltat ca valori centrale succesul şi reuşita individuală. Atunci când acestea sunt dificil de obținut, refugierea în adicții este un mod de a vedea viața dintr-o perspectivă opusă. În acelaşi timp, viața fiind din ce în ce mai controlată de către instituții, individul percepe ca fiind dificil controlul asupra propriei vieți iar adicția reprezintă un mod de a ieşi din această situație.

Peele, construieşte un model în etape care determină trecerea de la uzul de substanțe la abuzul de substanțe (Peele în Lettieri, D., Sayers, M., Wallenstein Pearson M., (edit.), 1980, pp. 327, 350, 394, 413):

1. Inițierea în consum. O persoană poate începe să consume droguri dintr-o multitudine de motive: simțul aventurii, nevoia de a fi stimulat, dorința de a impresiona grupul de egali, nevoi personale (evitarea/depăşirea durerii, fuga de realitate, câştigul recunoaşterii, în lipsa altor mijloace de a face acest lucru, compensarea inadaptării sociale).

2. Experienţele pozitive legate de consum. În general vorbind, persoanele consumă droguri pentru că găsesc în acestea o recompensare în termenii valorilor, nevoilor, a ansamblului structural al vieţii. Un drog poate avea conotaţii pozitive pentru individ şi îi poate aduce acestuia beneficii fără ca viaţa sa socială să fie afectată în mod direct. Experienţa consumului poate avea, în primul rând, efecte pozitive ceea ce va duce în mod automat la perpetuarea comportamentului (consumul de cafea dă energia necesară desfăşurării activităţilor zilnice, estompând efectele unui stil de viaţă nesănătos, fără ore suficiente de odihnă, fără exerciţii, fără un stil alimentar sănătos).
3. Consumul. Pentru încetarea consumului, individul trebuie să înlocuiască experienţele pozitive determinate de substanţe, cu altele noi. Formarea acestor experienţe se bazează pe abilităţile persoanei de a-şi găsi starea de confort necesară astfel încât să poată avea relaţii pozitive şi stabile cu mediul în care trăieşte. Eşecul în acest demers duce de cele mai multe ori la formarea dependenţei.
4. Abstinenţa/recăderea. Metodele medicale de tratament pot ajuta individul în înlocuirea experienţelor pozitive determinate de drog şi să îl sprijine în schimbarea stilului de viaţă. Atât timp cât persoana nu este supusă factorilor de stres şi beneficiază de sprijin, comportamentul abstinent poate fi menţinut (trecerea de la adolescenţă la faza de adult tânăr duce în multe cazuri la renunţarea la consum).

Un alt model pe stadii sau etape este modelul etapelor motivaţionale multicomponente (Werch şi DiClemente, 1994, pp. 37-46), bazat pe stadiile schimbării ale lui Prochaska şi DiClemente (1983, pp. 390-395, 1992, pp. 184-218). Pentru Werch şi DiClemente există un continuum de stadii, pornind de la non-utilizarea drogurilor până la consumul continuu:
– precontemplarea, când nu se ia în considerare utilizarea de droguri;
– contemplarea, când se gândeşte în mod serios iniţierea consumului;
– pregătirea, când se ia în considerare utilizarea drogurilor într-un viitor imediat;
– acţiunea, când se iniţiază consumul de droguri;
– menţinerea, când este continuat consumul.

Modelul etapelor motivaţionale-multicomponente combină stadiile de însuşire a unor comportamente cu cele ale schimbărilor de comportament. Prevenirea primară este orientată către a ajuta tinerii să se menţină în stadiul de precontemplare, sau să nu treacă de la etapa de experimentare la consumul regulat de droguri. Diferenţa dintre prevenirea primară şi prevenirea secundară constă în aceea că se încearcă producerea unei schimbări care să conducă la întreruperea consumului. Werch şi DiClemente consideră că cele două niveluri de prevenire (primară şi secundară), ar trebui să funcţioneze concomitent, astfel

ar fi evaluată într-un mod mai realist situația reală și ar fi mai facilă punerea în practică a modelelor de intervenție timpurie.

Modelul procesului de afirmare al tinerilor (Kim și colab, 1998, pp. 1-17). Acesta este bazat pe o amplă gamă de teorii sau componente ale acestora, cum ar fi teoria controlului social, teoria modelului dezvoltării sociale, teoria comportamentului problemă și teoria învățării sociale. Componentele pe care le include acest model sunt:

- un suport familial adecvat;
- un suport social adecvat;
- preocuparea și sprijinul familiei în viața tânărului;
- așteptările sociale înalte din partea persoanelor importante pentru tânăr;
- oportunitățile de a deprinde abilități pentru viață care să aibă implicații relaționate cu munca;
- oportunități relevante pentru asumarea de responsabilități;
- oportunități pentru a participa și contribui, în mod semnificativ, la activități sociale, culturale, economice și publice în școală și comunitate;
- oportunități de a demonstra abilități și de a obține succese;
- întărirea randamentului de către persoane relevante din școală, casă, dar și de către alți adulți.

În acest model o importanță deosebită este dată familiei ca element de bază al socializării valorilor dominante din societate. De asemenea sunt incluse alte elemente legate de gradul de adaptare al individului la ordinea socială, bazate pe teoria controlului social, chiar dacă acești autori înțeleg adaptarea prin intermediul teoriei învățării sociale și a stadiilor-expectative. Teoria învățării sociale definește comportamentul social ca rezultat al condiționării prin imitare, obținut prin procesele de re-întărire și pedeapsă.Teoria stadiilor-expectative se bazează pe ideea că modul în care gândim și credem este în mare parte în funcție de modul în care ne văd și ne tratează ceilalți. Autorii consideră că modul în care ceilalți ne percep este în mare parte condiționat de expectativele pe care aceștia le au dinainte.

Modelul maturității prin consumul de droguri (Labouvie, 1996, pp. 457-476) propune un model bazat pe autoreglare, unde elementele cheie sunt personalitatea și autoeficiența. În ipostazele în care acestea eșuează, individul va răspunde necesităților sale imediate sau presiunilor situațiilor imediate cu ajutorul drogului. În plus, este probabil ca individul să nu aibă scopuri personale sau ca acestea să fie puțin importante, dificile, costisitoare sau greu realizabile. Aceasta situație îl poate conduce, pe individ, la o stare de alienare și depresie ce pare a putea fi depășită prin consumul de droguri. Studiile lui Labouvie au adus în atenție faptul că factorul timp generează o scădere naturală a numărului de consumatori și a consumului, asociată cu o creștere a numărului de indivizi din aceeași generație care intră în curentul social al majorității. Acestea indică, după

cum susţine autorul, o creştere a traiectoriei temporale către o mai mare convenţionalitate atât la bărbaţi cât şi la femei.

Teoria pseudo-maturităţii sau a dezvoltării precoce (Newcomb, M.D., 1996, pp. 477-504; Windle, M., Davies, T.P., 1999, pp. 181-193) reuneşte informaţiile disponibile asupra teoriei pseudo-maturităţi sau a dezvoltării precoce la adolescenţi cu privire la consumul de droguri. Ceea ce afirmă această teorie este că în timpul adolescenţei, şi în faţa experimentării rolurilor adulte, adolescentul va întâmpina dificultăţi în a face faţă în diferite sfere ale vieţii. Afirmaţia de bază a acestei teorii este că realizarea de activităţi timpurii faţă de vârsta cronologică şi implicarea în responsabilităţi tipic adulte la o vârstă prematură din adolescenţă interferă cu obţinerea abilităţilor psihosociale necesare pentru succesul ulterior în aceste roluri. Ceea ce susţine autorul este că acestea sunt învăţate în perioada critică a adolescenţei şi dezvoltarea prematură împiedică o învăţare corectă. În cadrul acestei teorii se consideră că există două etape de mare importanţă: tranziţia de la copilărie la adolescenţă (când apare pubertatea) şi tranziţia de la adolescenţă la adultul tânăr, când se produc evenimente importante cum ar fi căsătoria sau alegerea carierei. Această diferenţiere se bazează pe faptul bine cunoscut că există întâmplări critice în viaţă, în urma cărora se face tranziţia de la o etapă la alta. Modalitatea prin care individul va găsi soluţii la aceste evenimente va genera adecvarea sau nu a rezultatului. Unul dintre aspectele pe care aceasta teorie le consideră important este cel al pubertăţii (datorită numărului mare de modificări care se produc în aceste etape). Alături de importanţa dată etapei pubertăţii, în care este implicat clar un factor de natură biologică, această teorie acordă, de asemenea, o mare importanţă factorilor personali şi sociali.

Glantz (1992) propune explicarea abuzului de substanţe, prin *modelul psihopatologic al dezvoltării*, în privinţa etiologiei abuzului de droguri. Modelul acestui autor se bazează pe factorii de risc care s-au demonstrat a fi asociaţi cu etiologia abuzului de substanţe (factori neurologici şi genetici, predispoziţia la comportamente problemă, factori psihologici şi psihopatologici, factori ambientali şi sociali) şi pe principiile de bază ale dezvoltării şi ale psihopatologiei legate de dezvoltare. Acest model diferă de alte modele etiologice prin orientarea sa psihopatologică (referitoare la dezvoltare) şi prin includerea în cadrul ei a antecedentelor primei copilării. În perioada neonatală (0-3 luni) copii cu risc mare, conform ipotezei autorului, ar fi aceia care au un temperament cu următoarele caracteristici:

- labilitate mărită şi intensitate mai mare a afectului decât media copiilor de aceeaşi vârstă;
- capacitate mai mica pentru a se obişnui la noi stimuli sau de adaptare la schimbare;
- latenţă mai mare decât media copiilor de aceeaşi vârstă în a răspunde la situaţii neplăcute;

- dificultate mai mare în a fi liniștiți;
- regularitate mai mică a ciclurilor biologice.

Vulnerabilitatea ar fi produsul interacțiunii caracteristicilor temperamentale ale copilului cu persoanele și experiențele din mediul său. Cu toate acestea, un temperament mai dificil al copilului nu reprezintă o condiție suficientă pentru consumul ulterior de substanțe. Pornind de aici autorul propune acest tip de caracterizare a copiilor aflați în situație de risc, de la naștere până la adolescență.

Teoria socializării primare a fost propusă de către Oetting și colab. (1998, pp. 5-38). Obiectivul său este acela de a rezolva limitările teoriilor anterioare dat fiind că, după unii autori, acestea fie analizează doar un aspect al problemei (variabile psihologice, biologice sau sociale) fie nu indică elementele de legătură dintre componente. Această teorie se centrează pe comportamentul problemă, iar consumul de droguri este unul dintre ele. Premiza fundamentală a acestei teorii este: „chiar dacă baza biologică a comportamentului uman este de necontestat, în mod esențial toate comportamentele sociale umane sunt învățate sau conțin componente principale care sunt învățate". Comportamentele sociale deviante, cum sunt consumul de droguri, crimele, violența, se găsesc printre aceste comportamente învățate. Devierea nu este o simplă situație defectuoasă care apare când există o ruptură între legăturile și normele pro-sociale. Atât normele pro-sociale cât și cele deviante sunt în mod activ învățate în cadrul procesului de socializare primară. Există anumite surse de socializare primară, care influențează individul: familia, școala, grupul de egali. De asemenea există influențe indirecte în socializarea primară care sunt date de: trăsăturile de personalitate și de sursele de socializare secundară, cum ar fi caracteristicile comunității: oraș, cartier, dimensiune, mobilitatea populației, distribuția populației pe vârste, oportunități sociale, sărăcia, familia numeroasă, religia și instituțiile religioase. Referitor la trecerea de la socializarea primară la consumul de droguri această teorie susține că tranziția se poate realiza pe două căi:

- atunci când dependența apare ca rezultat al socializării,
- atunci când dependența se manifestă față de un stil de viață bazat pe consumul de droguri (include tipul de drog, accesibilitatea acestuia și gradul de acceptare).

3.3.3. Teorii integrative și comprehensive

Teoria învățării sociale sau teoria cognitiv-socială (Goleman, D., 2001, p. 305) are la bază principiile învățării sociale și cunoașterea individului din perspectiva mediului său social (Bandura, 1977). Aceasta este o teorie psihologică bazată pe principiile învățării și pe cunoașterea persoanei din perspectiva mediului social în care își manifestă comportamentul. Pentru cei care locuiesc în cartiere cu o mare rată a criminalității, unde drogurile se vând la colțul străzii iar

traficanţii sunt un fel de model pentru reuşita economică, riscul de a se ajunge la dependenţă este mult mai mare. Unii vor deveni dependenţi după ce au fost un timp traficanţi iar alţii, pentru a avea acces la cultura semenilor care idealizează drogul.

Această teorie insistă pe conceptul de autoeficienţă ca fiind o componentă centrală şi totodată ca element explicativ principal în ceea ce priveşte dobândirea, menţinerea şi schimbarea comportamentului. Este o teorie comprehensivă a comportamentului uman care ia în considerare în acelaşi timp factorii învăţării (condiţionare clasică, operantă şi prin imitare), procesele cognitive şi componenta socială în care trăieşte şi se dezvoltă individul.

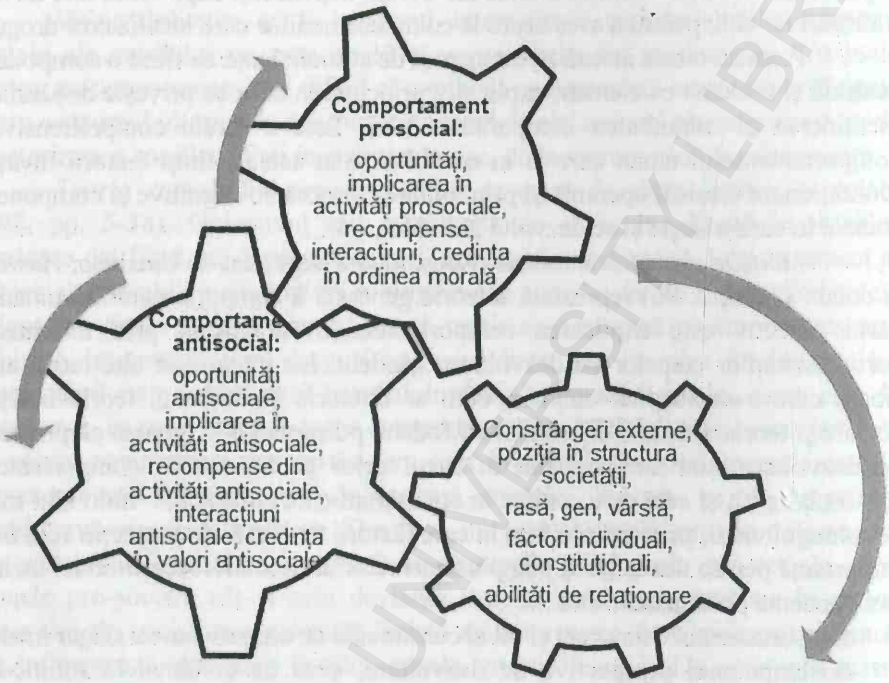
Modelul dezvoltării sociale. Acest model dezvoltat de Catalano, Hawkins şi colab. (2008, p. 96) reprezintă o teorie generală a comportamentului uman, al cărui obiectiv este explicarea comportamentului antisocial prin intermediul particularităţilor etapelor de dezvoltare. Modelul lor integrează alte teorii anterioare care s-au susţinut empiric, cum ar fi teoria controlului, teoria învăţării sociale şi teoria asocierii diferenţiate. Modelul porneşte de la ipoteza că procesele de dezvoltare sunt similare atât în cazul celor ce conduc la comportamente pro-sociale, cât şi cele care conduc la comportamente antisociale. Individul trece, de-a lungul vieţii, prin diferite faze în care factorii de risc şi de protecţie au o mare importanţă pentru dezvoltarea comportamentelor antisociale. Acest model include trei elemente principale:

- comportamentul delincvent şi cel al consumului de droguri într-un singur model;
- existenţa unei perspective de dezvoltare, ceea ce conduce la submodele specifice pentru diferite vârste: preşcolar, şcolar, liceal, superior;
- factorii de risc şi de protecţie atât pentru delincvenţă cât şi pentru consum de droguri (Olaio, A., 2001, pp. 24-36 *apud* Becona, 1999).

Ipoteza principală a acestui model este aceea că: oamenii sunt în căutarea satisfacţiei, iar comportamentul uman depinde de interesul individului faţă de actele sale, aceasta semnificând faptul că indivizii se vor implica în activităţi sau interacţiuni despre care cred că le vor satisface aşteptările. Aceste experienţe aduc informaţii empirice ce vor servi unor acţiuni viitoare. A doua ipoteză principală a teoriei este că există un consens normativ în societate sau cu alte cuvinte, nişte „reguli ale jocului". Modelul consideră o serie de etape de dezvoltare care vor conduce la un comportament pro-social sau antisocial:

- perceperea oportunităţilor pentru interacţiune şi implicare prosocială;
- implicarea în activităţi şi interacţiuni pro-sociale;
- abilităţi pentru interacţiune şi implicare, recompensele percepute ale acestora;
- sprijin şi compromis către alte activităţi pro-sociale;
- credinţa în ordinea morală.

Figura 5: Formarea comportamentelor pro/anti sociale



Sursa: adaptare după Catalano, Hawkins și colab. (2008)

Teoria (bazată în mare parte pe teoria controlului social) susține ipoteza dezvoltării unui comportament individual ce va fi pro- sau antisocial în funcție de comportamentele, normele și valorile predominante pe care le au cei care se află în anturajul individului. Avantajul pe care îl are modelul dezvoltării sociale, față de alte modele, este acela că, plecând de la componentele sale se pot dezvolta programe de prevenire și asistență pentru consumul de droguri. Intervenind în acele puncte care cauzează consumul de droguri, se poate întrerupe ceea ce se consideră a fi procese cauzale care conduc la consum. Autorii modelului afirmă că este posibil să se intervină în fiecare dintre aceste etape, chiar dacăacțiunea implică intervenții multiple datorită includerii mai multor factori.

Teoria interacțională a delincvenței. Thornberry (1996, pp. 210-214) condiționează comportamentul deviant de rezultatul unor legături slabe ale persoanei cu societatea și de un mediu sărac în care să poată fi învățat și consolidat un asemenea tip de comportament. Această teorie combină elemente din teoria controlului și teoria învățării sociale. Comportamentul deviant se dezvoltă într-o formă dinamică pe parcursul vieții prin interacțiunea mai multor procese. Astfel,

primul element relevant pentru producerea unui comportament delincvent este lipsa legăturilor convenţionale. Acei adolescenţi care se află în strânsă legătură cu părinţii lor şi care se află într-o relaţie sigură cu şcoala şi alte activităţi convenţionale au o probabilitate mica de a dezvolta comportamente delincvente. Pe lângă aceasta, de obicei aceşti adolescenţi, se află în cadrul unor reţele sociale convenţionale, ceea ce scade şi mai mult probabilitatea de a se implica în activităţi deviante. Pe de alta parte, dacă legăturile convenţionale sunt slabe sau lipsesc şi există un control social slab asupra comportamentului, posibilitatea pentru delicvenţă creşte. Fără îndoială că, pentru a se produce un comportament stabil de delincvenţă este necesar un mediu social în care acesta să se poată învăţa şi în care să fie întărit. În acest fel a fi printre egali delincvenţi, cu valori antisociale, este relevant pentru consolidarea acestui tip de comportament.Teoria insistă pe faptul că relaţia dintre variabile este dinamică, bidirecţională şi cu potenţial de modelare în decursul evoluţiei individului.

Teoria sub-culturilor deviante preluată de la Merton şi dezvoltată de cei care au studiat delincvenţa la vârsta adolescenţei Cohen, Cloward, Ohlin, (Boncu, Şt., 2000, p. 120), include trei tipuri de subculturi. Subculturile se diferenţiază după tipul de acces, la mijloace ilegitime, pe care grupul îl are şi se manifestă sub următoarele forme: subcultura criminală, subcultura conflictuală şi subcultura de evaziune. Modelul subculturii de evaziune este toxicomania (Ogien, A., 2002, p. 118). Membrii acestei subculturi trebuie să facă faţă unui dublu eşec. Ei nu se pot folosi de mijloace legitime pentru a-şi atinge scopurile, dar nici de mijloace ilegitime, pentru că au eşuat în integrarea în ierarhiile criminalităţii. Ei nu pot fi nici cetăţeni ce se achită de datoriile faţă de societate, ca atare, se refugiază în consumul de stupefiante care le permite să uite frustrarea.

Teoria comportamentului problemă/de risc (Jessor şi Jessor, 1977). De la apariţia sa, s-a constituit într-un punct de referinţă, iar recent, s-au făcut anumite reformulări care au condus la apariţia unei noi teorii şi anume teoria comportamentelor de risc ale adolescenţilor. Teoria acordă o mare importanţă sărăciei, inegalităţii şi discriminării sociale pentru apariţia comportamentelor de risc. Jessor şi Jessor, (1993) aduc în atenţie factorii de risc şi de protecţie, comportamentele de risc dar şi efectele acestor comportamnete. Aportul pe care îl aduce această teorie este că se bazează pe o abordare comprehensivă atât pentru prevenirea, cât şi pentru intervenţia în consumul de droguri. Printr-o abordare comprehensivă este mai probabil să se obţină succese şi efectele intervenţiei să se menţină pe termen lung. Autorii susţin că trebuie reduşi factorii de risc şi crescuţi factorii de protecţie introducând ideea schimbării stilului de viaţă, în special la acei tineri care trăiesc în medii sociale defavorizate. Unul dintre principiile care derivă din această teorie este acela de a nu orienta întreaga responsabilitate pe individ, deoarece responsabilitatea contextului social (îndeosebi sărăcia, inegalitatea, discriminarea) este de mare importanţă. Potrivit lucrării, „Problem

behaviour and psychosocial development: a longitudinal study of youth" (Jesor şi Jesor, 1977), adolescenții caută riscul deoarece acesta le permite să:

- aibă controlul asupra propriei vieți;
- își exprime nemulțumirea față de autoritatea părintească și normele sociale;
- facă față frustrărilor, nemulțumirilor, anxietății, inadaptării sau eșecului;
- câștige accesul în grupul de egali și să demonstreze aderarea și loialitatea față de grup;
- confirme identitatea personală;
- afirme maturitatea marcând trecerea către stadiul următor de dezvoltare, acela de adult tânăr.

Plecând de la teoriile lui Farley (1971) și Zuckerman (1964), *teoria ajustării stimulilor*, „a căutării de senzații", Jessor și Jessor (1977) explică nevoia implicării adolescenților în comportamente de risc ca pe o dorință de a obține plăcere, distracție. Cercetările au arătat că,odată implicați în comportamente de risc, adolescenții vor căuta să repete aceste experiențe. (Jessor, R., Danovan, J. E., Costa, M. F., 1994, pp. 99-155). În seriile de studii longitudinale Jessor și Jessor (1977) demonstrează că abuzul de substanțe, delincvența juvenilă, comportamentele agresive și toate tipurile de comportamente de risc sunt foarte strâns intercorelate.

Modelul stilurilor de viață (Olaio, A., 2001, pp. 24-36 *apud.* Calafat și colab. 1992) este unul dintre cele mai utilizate în cadrul campaniilor de prevenire și asistență,din Europa Teoria aduce în atenție că „factorii și cauzele care determină, sau facilitează, ca indivizii să fie interesați de droguri au legătură cu întreaga dinamică personală și socială, anterioară contactului cu drogurile". Aceasta se aplică inclusiv în cazul relațiilor mai mult sau mai puțin cauzale, existând mulți factori care au o mai mare greutate decât drogul în sine. Astfel, se poate spune, chiar dacă ar părea paradoxal, că drogul nu este un factor de risc pentru dependența de droguri ci reprezintă unul dintre multiplii factori care se asociază cu consumul de droguri, el reprezentând doar un element din totalitatea celor care trebuie luate în considerare (Calafat și colab., 1992).

Pentru Calafat și colaboratorii săi, factorii asociați consumului de droguri (factori de risc și factori de protecție) cuprind: structurarea socială, comportamentele de consum din societate, familia, școala, folosirea timpului liber, relația cu părinții, relația cu colegii, informația, personalitatea, atitudinile, experiențele cu alte droguri și consumul acestora.

Prevenirea și asistența în consumul de substanțe este orientată astfel încât influența factorilor de risc și de protecție să permită ca individul să fie liber față de consum. Modelul este centrat pe prevenție atât în ceea ce privește drogurile ilegale cât și cele legale.

Conform lui Calafat, Amengual, Guimeráns și colab. (1995), cauzele sau factorii care facilitează interesul față de droguri sunt în legătură cu dinamica personală și socială și în primul rând cu contactul cu drogurile. Autorii afirmă că

ideea principală a acestui model este definirea adicţiei, care este văzută ca un rezultat al relaţiilor dintre consumator şi produsul consumat, şi care crează o nevoie (dependenţă psihică) de a menţine consumul anumitor droguri precum şi aşteptări legate de a obţine beneficii urmare a efectelor consumului. Autorii sugerează un model secvenţial care potenţează factorii de risc în consumul de substanţe, iar acesta debutează cu dificultăţi în relaţionarea cu părinţii şi în special cu lipsa identificării cu aceştia. Acest tip de dificultate conduce la depresie, la imaturitate sau devianţă iar rezultatul este o nevoie majoră de apartenenţă la un grup în perioada adolescenţei. Toţi aceşti factori conduc la o creştere a posibilităţii de a debuta în consumul de droguri şi deci la o modificare a activităţilor proprii, a comportamentului şi a stilului de viaţă (Becoña, 1999). Modelul accentuează pe de o parte importanţa mediului familial, iar pe de altă parte rolul caracteristicilor individuale în debutul, menţinerea şi întărirea comportamentului adictiv.

Bronfenbrenner, U. (1994) propune un *model ecologic* al dezvoltării fiinţei umane în care copilul este considerat centrul unui ecosistem format din cinci niveluri:

- Nivelul microsistemic, care conţine entităţi cu rol educativ direct, nivel care poate funcţiona ca entitate educaţională integratoare a copilului (şcoală, grupul de joacă, grupul educaţional, familie).
- Nivelul mezosistemic conţine interacţiunile între microsisteme.
- Nivelul exosistemic integrează microsistemele, mezosistemul şi grupurile de apartenenţă ale părinţilor care determină practicile educaţionale.
- Nivelul macrosistemic este alcătuit din modele culturale care influenţează în mod direct rolurile părinţilor şi ale copilului în familie. Aceste modele culturale dau direcţia, sensul şi coerenţa mediului educativ al copilului.
- Nivelul cronosistemic.

În multe situaţii trebuie să avem în vedere elementele şi mecanismele, prin care procesul educaţional, intern familiei, este influenţat, şi prin care rolurile parentale sunt completate de alte reţele de servicii profesionale, sociale (Bronfenbrenner). Modelul este o explicare a comportamentului uman, în general, şi care propune o abordare sistemică axată pe interacţiuni între diferitele componente ale mediului social care permit dezvoltarea copilului în adult. Bronfenbrenner consideră familia, grupul de prieteni, comunitatea şi cultura micro-sisteme a căror interacţiune formează un megasistem. Fiecare dintre aceste micro-sisteme are o influenţă specifică asupra persoanei. Interacţiunile dintre ele sunt la fel de importante pentru dezvoltarea individului, ca şi evenimentele ce apar în cadrul fiecăruia, iar impactul interacţiunilor afectează atât individul, cât şi sistemul ca întreg. Conform teoriilor lui Dishion şi colab. (1999, pp. 755-764) modelul ecologic este cel mai potrivit în înţelegerea apariţiei comportamentelor de risc la adolescenţi şi poate servi ca ghid pentru alcătuirea programelor de prevenire specifice fiecărui stadiu de dezvoltare. Una dintre implicaţiile mode-

lului ecologic este că un program de prevenire (menit să aibă rezultate efective în reducerea factorilor de risc), trebuie să acorde atenție factorilor contextuali care influențează procesul cauzal și trebuie aplicat într-un context relevant (Bigland, 1995). Conform teoriilor lui Diez și Peirats, (1997, pp. 609-617) modelul ecologic intenționează să depășească etapa perspectivelor parțiale și insuficiente a abordărilor legate de consumul de substanțe: modelul juridic, modelul distributiv, medical, psiho-social sau social. Acest model redimensionează problema consumului de substanțe la un fenomen global și la o problemă socială care include individul, familia, comunitatea, societatea, sistemul cultural-istoric, sistemul politic, sistemul economic și juridic, multitudinea relațiilor ce se crează între acești factori, precum și efectele pe care fiecare micro-sistem le produce asupra comportamentului individului. Conform acestui model, prevenirea trebuie să acționeze asupra cauzelor problemei și nu doar asupra efectelor deci, impunându-se acțiuni multidisciplinare.

Teoria influenței triadice (Flay și Petraitis, 1995) grupează elemente, din diferite teorii, care au fost utilizate în domeniul sănătății. Teoria consideră diferite niveluri pentru a explica cauzele comportamentului uman. Aceste niveluri sunt corelate cu trei grupe de influențe:

- influențele culturale și de mediu asupra cunoștințelor și valorilor care influențează atitudinile;
- influențele contextual-sociale ce influențează credințele sociale normative ale individului;
- influențele intrapersonale (determinante ale controlului de sine) și abilitățile sociale, ce conduc la autoeficiență.

În același timp, alături de aceste elemente generale, există un număr important de interacțiuni atât între grupurile de influență, cât și între niveluri. Bandura (1986) și ulterior și Flay și Petraitis consideră comportamentul ca rezultat al situației, persoanei și mediului. Influențele atitudinale, sociale și intrapersonale intervin într-un mod interdependent și afectează într-o forma interactivă deciziile de a acționa sau nu într-un anumit mod (de a consuma sau nu substanțe). Elementele intermediare de influență sunt:

- ceea ce individul extrage din mediul sau, situații și trăsături de bază;
- expectanțele pe care le are asupra comportamentului și evaluarea sa privind aceste expectanțe;
- cunoștințele sale în legătură cu starea de sănătate.

Modelul autocontrolului (Santacreu și colab., 1992), elaborat pentru explicarea inițierii și menținerii consumului de droguri, are la bază autocontrolul și pornește de la modelul bio- psiho- social. Autorii consideră că geneza problemei pornește de la încercarea adolescentului de a obține surse alternative de întărire la cele pe care le are deja, sau i se oferă în mod concret. Scopul acestui demers este de a câștiga independență și de a obține anumite capacități de control

prin căutarea unei alternative la întăririle parentale. Dobândirea autocontrolului poate avea un caracter general sau poate fi izolată în anume tipuri de situaţie. La rândul său procesul de autocontrol se dobândeşte prin intermediul exercitării anumitor comportamente de către individ ceea ce implică interacţiunea cu mediul. Printre abilităţile de autocontrol se regăsesc:

- rezistenţa la exprimarea agresivităţii după experimentarea unei frustrări;
- rezistenţa la transgresare, reglarea autoadministrării de întăriri şi rezistenţa la tentaţie.

La elaborarea programelor de prevenire şi asistenţă (dat fiind că autocontrolul se învaţă), este necesar să se îndeplinească următoarele cerinţe:

- definirea caracteristicilor populaţiei căreia îi este destinat programul şi identificarea factorilor de risc specifici;
- identificarea şi analiza factorilor care determină problema;
- diferenţierea între ceea ce reprezintă geneza problemei şi ceea ce reprezintă menţinerea problemei.

Un model comprehensiv şi secvenţial al *fazelor consumului de droguri* este cel propus de Becona (1999). Acesta propune şase faze în consumul de drog: faza de predispoziţie, faza de cunoaştere, faza de experimentare şi de iniţiere a consumului, faza de consolidare (abuz şi dependenţă) şi faza de abandon sau menţinere şi/sau recădere.

1. În faza preliminară sau de predispoziţie se consideră următorii factori:
   - biologici (studiile au arătat că există o anumită vulnerabilitate genetică atât pentru alcool, cât şi pentru restul drogurilor)
   - psihologici (autorii consideră importante personalitatea, inteligenţa şi învăţarea)
   - socioculturali (se referă la expectative, comportamente, evoluţie istorică, valori culturale specifice)
2. În faza de cunoaştere sunt importante: mediu, procesul de învăţare, procesul de socializare şi expectanţele.
3. În faza de experimentare şi iniţiere a consumului, factorii decisivi sunt cei cunoscuţi ca factori de risc şi de protecţie.
4. În faza de consolidare se face trecerea de la consum la abuz şi la dependenţă. În această fază ceea ce va determina menţinerea consumului substanţei în mod fundamental sunt consecinţele, pozitive sau negative pe care le produce consumul. Acestea vor fi în directă relaţie cu anturajul, familia şi cu sine.
5. Faza de abandon sau de menţinere. Orice comportament se dezvoltă continuu, iar individul poate menţine acest comportament sau nu în funcţie de consecinţe (mai mult negative sa mai mult pozitive). Astfel, dintre consumatorii diferitelor tipuri de droguri unii vor înceta să le consume după una sau mai multe încercări, alţii după o perioadă mai lungă sau mai scurtă de timp, iar alţii vor continua consumul în mod neîntrerupt de-a lungul multor ani sau

întreaga viață. Ultimii sunt cei care se află în faza de menținere. Motivația pentru abandon poate avea cauze externe (presiune familiei, a prietenilor, a societății etc.) sau interne (probleme de tip fizic, afectiv, familial, cauzate de consum). În această etapă,tratamentul joacă rolul sau fundamental, pentru obținerea abstinenței și menținerea acesteia pe termen lung.

6. Faza de recădere. Dependența de droguri poate fi considerată un comportament învățat, consolidat și dificil de îndepărtat. De aceea tratamentul poate fi considerat un proces pe calea unui drum plin de recăderi. Astfel individul abandonează consumul, recade, îl abandonează din nou și din nou recade până când acest proces se menține de-a lungul timpului, sau apare un moment când se obține abstinența.

Teoria identității culturale în consumul de substanțe (Anderson,T.L., 1998, pp. 233-262) încearcă să explice în ce fel factorii individuali (la nivel micro) și cei de mediu (la nivel mezo și macro) determină formarea comportamentelor adictive. Teoria tratează uzul de substanțe și abuzul de substanțe ca fiind două probleme diferite.

Teoria aduce în atenție că:

- există trei tipuri de factori individuali (la nivel micro): marginalizarea, lipsa/pierderea controlului în definirea identității și autoperceperea negativă;
- există doi factori la nivel mezo: marginalizarea socială și identificarea cu grupurile subculturale consumatoare de droguri;
- există trei factori la nivel macro: oportunitățile economice, educaționale și culturale;
- toate aceste categorii constituie factori motivatori în consumul de substanțe.

Teoria are în centru factorii care determină formarea identității, în special la vârste mici – trecerea de la copilărie la adolescență (11-15 ani), atunci când indivizii sunt dependenți de adulți. Indivizii debutează în consumul de substanțe la această vârstă deoarece au dificultăți în a se defini ca persoană (la nivel micro), sunt atrași de grupurile deviante, consumatoare de substanțe, (la nivel mezo) iar oportunitățile economice și cele educaționale, precum și cultura populară (la nivel macro) îi încurajează în acest sens (Anderson, T.L., 1995, Anderson, T.L., DeMott, L.,1998).

Marginalizarea în ambele forme atât cea personală, cât și cea socială reprezintă factori determinanți în debutul adicțiilor. Marginalizarea personală sau automarginalizarea apare ca factor determinant al debutului în adicții(Miftode,V., 2002). Atât în studiile lui Anderson, T.L. (1991, 1994), cât și în teoria reproducerii culturale (Bourgois, 1989, 1996, Waterson, 1993, Bourdieu, 1980, Bourdieu și Passeron, 1977) întâlnim conceptul de marginalizarea socială.

Marginalizarea are două dimensiuni principale. Așa numita parte „actuală" a conceptului de marginalizare se referă la stigmatizare sau la un statut social devalorizat care a influențează individul, fie de la naștere, fie în perioada

socializării timpurii. Indivizii se comportă în aşa manieră încât actele lor îi plasează în afara a ceea ce este considerat acceptabil/dezirabil într-un anumit context sau/şi în interacţiunile sociale. Goffman (1963) numeşte acest comportament „lipsă de caracter", iar Erikson (1970) spune că acest comportament „violează limitele comportamentului normal". Majoritatea indivizilor experimentează asemenea tip de comportament la un moment dat, cu toate acestea imaginea lor de stigmat se poate modifica pe parcursul vieţii. Cu cât mai mare este stigmatul şi cu cât este mai lungă perioada de timp, în care individul se comportă conform acestui stigmat, cu atât mai mare este riscul ca acesta să dezvolte un comportament adictiv. A doua dimensiune este reprezentată de componentele: afectiv/subiective (predictori ai comportamentului adictiv) şi componentele prezent/obiective (sentimente negative pe care realitatea obiectivă le generează). De obicei aceste sentimente apar atunci când individul reflectă aspra sa sau atunci când se compară cu ceilalţi urmare a procesului de marginalizare. Atât marginalizarea personală, cât şi marginalizarea socială cuprind cele două componente: prezent/obiective şi afectiv/subiective. Modalitatea de a le înţelege este legătura individului cu mediul socio-cultural în care trăieşte, deoarece definirea experienţelor, statutului, trăsăturilor ca negative/indezirabile sau pozitive/dezirabile este parte a structurii şi culturii în care indivizii trăiesc şi învaţă să se definească pe sine.

Auto-marginalizarea este un concept (la nivel micro) care poate explica modul în care consumul de droguri iniţiază percepţia diferită asupra imaginii de sine. Ea se referă la experienţele timpurii din copilărie sau adolescenţă care îndepărtează individul de normele social acceptate. Copiilor nu le este frică de relaţiile sociale până când nu devin conştienţi de diferenţele care apar între ei şi ceilalţi (Couch 1989). În studiile efectuate Anderson (1994, 1998) şi Anderson, Anderson, DeMott (1998) identifică 14 situaţii care pot determina modificarea percepţiei despre consumul de droguri şi care pot face trecerea de la non-consum la abuzul de droguri:

- separarea sau divorţul părinţilor;
- moartea unei persoane semnificative (Hoffman, 1993);
- mutări frecvente ale familiei;
- relaţii inadecvate cu un adult (Barrett, Trepper, Stone-Fish, 1991; Russell, 1986; Herman, Russell, Tracki, 1986; Singer, Petchers, Hussey, 1989);
- preluarea şi asumarea rolurilor de adulţi (îngrijirea fraţilor mai mici sau a altor rude);
- responsabilităţi familiale rigide şi inadecvate vârstei (câştigarea banilor necesari familiei- Baumrind, 1985);
- naşterea timpurie (copiii cu copii, părinţii adolescenţi);
- abuzul fizic, psihic, emoţional, sexual în special când acesta este comis de părinţi;

- așteptările neadecvate din partea părinților (Baumrind, 1985);
- abuzul fizic, psihic, emoțional, sexual de către profesori;
- suspendarea de la școală;
- plasarea într-o instituție specială;
- implicarea frecventă în conflicte;
- implicarea în activități care presupun intervenția poliției.

Marginalizarea socială este un concept foarte important în teoria reproducerii culturale (Bourdieu, 1980, Bourgois, 1996, Waterston, 1993) ce presupune ruperea sau îngustarea câmpului relațiilor sociale ale unui individ, familii, comunitate, grup social, putându-se manifesta atât ca separare (parțială sau totală) spațial-geografică-rezidențială, cât și „în termenii comunicării, interacțiunii cooperative, implicării sociale reciproce" (Zamfir, C., Vlăsceanu L., coord., 1993).

Izolarea socială implică o funcționare deficitară a rețelelor sociale. Putem distinge între două grupuri mari de izolare socială/marginalizare:

- cea determinată de către sistemul social însuși, prin proasta funcționare a rețelelor sociale. Indivizii/ grupurile sunt marginalizate și împinse la izolare socială de către alte grupuri și forțe sociale, fără ca ele să dorească sau să accepte această situație. Cu alte cuvinte forțe externe și independente de voința lor (factori exogeni) le împing la periferia societății, într-o poziție dezavantajată comparativ cu restul sistemului social respectiv;
- auto-izolarea unor indivizi/ comunități/ grupuri sociale, fie ca urmare a unor scopuri bine determinate (de exemplu autarhia satului românesc tradițional), fie ca urmare a unor patternuri de comportament deviante (factori endogeni) și care duc la marginalizare (auto-marginalizare).

În multe situații însă întâlnim un mix al celor două forme de izolare/ marginalizare deoarece ele se pot genera reciproc: marginalizarea/ izolarea unui grup social determină reacții și comportamente de auto-marginalizare și auto-izolare, dar și situația inversă este întâlnită.

Izolarea socială și marginalizarea unor indivizi grupuri/comunități se petrece în general în condițiile, în care aceștia, fie sunt lipsiți de puterea de a negocia și lupta pentru drepturi și libertăți egale (în general ca urmare a unui status economic, educațional-profesional inferior – așa numita *underclass*), fie actele lor de comportament sunt privite ca fiind deviante și puternic incriminate și dezaprobate de către masa dominantă a societății respective (de exemplu curentul hippie din anii '60). Auto-izolarea se petrece în general în situațiile în care este întrevăzută posibilitatea unui câștig potențial derivat din comportamente auto-marginalizatoare. Săracii, de exemplu, pot adopta asemenea comportamente, un potențial beneficiu putând consta și în simplul fapt că „vor fi lăsați în pace" fiind etichetați ca săraci. Grupurile marginale și deci izolate social sunt de regulă compuse din săraci, șomeri, minorități etnice puternic discriminate, persoane cu handicap, bolnavi psihic, delincvenți, persoane inadaptate (Rădulescu, S., 1993).

În marea majoritate a situaţiilor, izolarea socială şi discriminarea, au ca efect imediat împingerea în sărăcie a celor supuşi acestor acte. Marea masă a săracilor este grav afectată de procesele de (auto)izolare socială şi de marginalizare, deoarece prin astfel de comportamente câmpul posibilităţilor de a ieşi din situaţia de sărăcie se îngustează, în special datorită diminuării programelor destinate să-i ajute cât şi eficienţei scăzute a acestora ca urmare a unui suport economic, dar mai ales social, insuficient. Diferitele teorii asupra sărăciei oferă variate explicaţii şi adoptă diferite atitudini cu privire la izolarea socială şi marginalizarea socială.

Conceptul de marginalizare întruneşte criteriile pentru un mezo-factor strâns legat de identificarea cu grupurile consumatoare de drog (Feree şi Hall, 1996, Maines,1994). Marginalizarea şi efectele ei imediate „să te simţi diferit de ceilalţi şi că nu aparţii locului în care te afli" constituie un factor motivator al consumului de droguri(Peluso şi Peluso, 1988).

Sentimentul de vină faţă de sine (înainte de consumul de droguri). Goffman(1963) şi Anderson (1994) definesc identitatea de sine ca fiind manifestarea sentimentelor faţă de cea mai sinceră definire a sinelui. Sentimentul de vină faţă de sine este dat de un nivel înalt de insatisfacţie cu care indivizii se confruntă atunci când se definesc ca persoană. Pierderea controlului în definirea identităţii apare de cele mai multe ori urmare a aşteptărilor nerealiste sau a manifestărilor de autoritate exagerate din partea părinţilor (Anderson, 1998). Studiile lui Baumrind (1983) arată că aceştia sunt factori motivatori ai debutului în consumul de droguri.

Identificarea cu subcultura drogurilor întruneşte criteriile pentru un mezo-factor în teoria identităţii culturale. Conceptul de subcultură a drogurilor porneşte de la studiile clasice ale lui Bennett (1981), Cohen (1955) şi Dishion (1995). Subcultura drogurilor face parte din cultura tinerilor şi include un set comun de valori şi interese care se construiesc în interacţiuni de tipul faţă în faţă. Individul învaţă despre oportunităţi de la grupurile (primare şi secundare) de referinţă- care pot fi grupuri normative, social acceptate sau grupuri alternative/deviante. Această subcultură include componente precum limbaj şi acţiuni specifice, magazine şi muzică specifică, activităţi specifice – ritualuri, paternuri de uz, modalităţi de procurare a drogurilor şi cel mai important – construcţia in şi out-grupurilor (cei care consumă şi cei care nu consumă droguri). Identificarea cu subcultura drogurilor este strâns legată de conceptul de oportunitate. Această subcultură furnizează, pentru cei care trec prin perioade de criză referitoare la stilul de viaţă şi la consumul de droguri, oportunităţi ce le permit o anumită pozitivare a stimei de sine. Waldorf (1991), Granfield şi Cloud (1996), Beck şi Rosenbaum(1995) spun că nu toţi indivizii care consumă droguri au sentimente de culpabilitate însoţite de probleme de identitate, nu toţi interacţionează cu aceste grupuri şi mai ales nu toţi cei care consumă droguri devin dependenţi sau cu consum problematic.

În categoria factorilor la nivel macro, teoria identității culturale, definește conceptul de oportunitate. Oportunitățile se referă la deschiderile și posibilitățile pe care individul le are în definirea sa ca persoană în relațiile sale cu ceilalți, mediul social, economic, politic, cultural în care trăiește. Absența sau limitarea oportunităților economice și educaționale poate potența mesajele pro-drog ce se găsesc în cultura populară și poate favoriza aderarea la grupurile infracționale consumatoare de drog.

Inegalitățile economice întrunesc criteriile pentru un macro-factor de analiză. Studiile privind inegalitățile economice (Merton, 1938, Dunlap și Johnson, 1992) arată că viața în oraș, rata mare a șomajului, anxietățile personale legate de grija asigurării celor necesare traiului pentru sine și pentru familie precum și lipsa abilităților personale pentru îmbunătățirea nivelului de trai pot duce la abuzul de substanțe. Este important de notat că și din rândul persoanelor care nu se confruntă cu asemenea probleme (clasa de mijloc și clasa celor bogați) provin persoane care consumă droguri însă, studiile arată că, cu cât este mai mare distanța între individ și mijloacele economice necesare traiului, cu atât este mai mare posibilitatea ca acesta să devină consumator de droguri.

Inegalitățile educaționale au un rol similar în identificarea cu grupurile consumatoare și în construirea identității de consumator de drog. Adepții școlii de Studii Culturale (Birmingham- Brake, 1985, Clarke, 1976, Willis, 1977) și adepții teoriilor reproducerii culturale (Bourdieu, 1980, MacLeod, 1987) afirmă că școlile reproduc structurile sociale, fiind bazate pe metode de tip meritocratic. Spre exemplu: tinerii din clasele de jos sunt încurajați să se orienteze către învățământul vocațional sau cel care asigură doar un nivel de educație primar (fără a oferi o calificare), în timp ce, tinerii din clasa de mijloc și cei din categoria bogaților sunt încurajați să se orienteze către învățământul superior. Cercetările arată că există o legătură între rasă-gen-inegalitățile educaționale și consumul de substanțe (Guyette, 1982, Wurzman, Rounsaville și Klever 1982, Harvey 1985). Astfel s-a constatat o rată mai mare a consumului de drog și alcool în rândul minorităților etnice și rasiale, cauzată de presiunea exercitată de necesitatea adoptării normelor culturale specifice populației albe majoritare (Mendes de Leon și Markidez 1986; Caetano, 1987). Unii autori au arătat că așa numitul conflict cultural poate deveni un factor cauzal al abuzului de drog (Beauvis și LeBoueff 1985; Harvey, 1985; Wurzman 1982). Inegalitățile educționale constituie un al doilea factor la nivel macro în identificarea cu grupurile consumatoare de drog și adoptarea comportamentului adictiv.

Inegalitățile culturale: cultura populară/subcultura. Gans (1974) spunea că acest tip de cultură constă într-un set de materiale și activități care pot fi comercializate și care sunt consumate sau agreate de un număr mare de oameni. Literatura, filmele, muzica și moda constituie moduri prin care indivizii comunică care este statutul lor social. Grupurile sociale adoptă un anumit tip de cultură prin

care se definesc ca identitate. Gans numeşte aceste particularităţi culturale „taste publics" şi spune că acestea influenţează identitatea şi comportamentul celor care le adoptă. Alegerile tinerilor cu privire la muzică, literatură, cinema sunt determinate de particularităţile culturale la care au fost expuşi iar aceste particularităţi pot cultiva o atitudine pro sau anti drog, în mod direct (prin versurile cântecelor) sau indirect prin asocierea drogurilor cu anumiţi artişti. Sussman, A. S., (1994) susţine că tinerii se identifică cu grupurile tocmai datorită apetenţei pentru acelaşi gen de muzică, stil, limbaj sau experienţe de viaţă.

Semnificaţia drogurilor. Goode(1993) observă că drogul este un concept universal întâlnit în toate societăţile dar nu există criterii obiective de definire a acestuia în schimb, afirmă autorul, drogul este un construct social şi cultural. Înţelesul său este simbolic, dar devine specific în diferite areale sociale-geografice-culturale. Willis (1976, p. 107) spunea că „importanţa drogurilor nu este dată de efectele fizice imediate pe care acestea le au asupra indivizilor ci de modul în care acestea facilitează trecerea peste o mare barieră simbolică ridicată împotriva oamenilor normali". Waldorf şi alţii (1991) spuneau că: una dintre principalele semnificaţii pe care drogul le oferă celor care îl consumă este aceea de a fi „cool sau la modă". Anderson (1998) identifică trei tipuri de funcţii:

- Material-simbolică. Drogurile pot funcţiona ca mecanisme ce pot facilita accesul la activităţi economice şi de recreere, furnizoare de confort. Asigurarea confortului economic (bani, proprietăţi), accesul la un anume statut pe care îl conferă bunăstarea economică, prestigiul pe care îl poate câştiga posesorul acestor bunuri pot reprezinta căi facilitatoare ale debutului în lumea drogurilor.
- Control al emoţiilor. Drogurile pot constitui modalităţi de împăcare cu sine, de depăşire a situaţiilor, încărcate de sentimente negative, pe care individul le identifică. Henderson şi Boyd (1992) spun că alcoolul şi/sau drogul pot constitui o modalitate a individului de a reacţiona la starea de neajutorare pe care sărăcia o determină. Van den Bergh (1991) identifică în consumul de drog o modalitate a individului de a-şi câştiga libertatea faţă de constrângerile sociale.
- Crearea identităţii . Această funcţie îmbină atât funcţia materialist simbolică cât şi cea de control al emoţiilor. Anderson (1993) spune că euforia pe care drogul o conferă facilitează „negocierea" cu identitatea de consumator sau reconstruirea unei noi identităţi referitoare la consumul de drog. Această nouă definire este de cele mai multe ori văzută ca pozitivă atât de individ, cât şi de mediul, în care acesta trăieşte, şi este determinată de referinţele grupului (grupul de prieteni consumatori, anturajul în care individul consumă droguri, cunoştinţe despre stilul de viaţă al consumatorului).

BCUIASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Capitolul 4

Factori determinanți ai delincvenței și ai consumului de droguri

4.1. Factori determinanți ai delincvenței juvenile

Studiul științific al delincvenței juvenile este important nu numai datorită măsurilor terapeutice imediate, ci și ca instrument prin care poate fi controlată manifestarea criminalității la adulți. Pentru a înțelege mai bine fenomenul delincvenței juvenile este necesară cunoașterea minorului. Factorii care pot determina comportamentul de tip deviant pot fi: factori de ordin individual (ereditatea, factori psihologici, inteligența), factori de ordin micro și macro social (cadrul familial, mediul de contact, sărăcia și inegalitatea socială).

„Factorii ce determină delincvența juvenilă pot fi împărțiți în două mari categorii: factori interni, individuali și factori externi, sociali. În prima categorie de factori sunt incluse particularitățile și structura neuropsihică, particularități ale personalității în formare. În a doua categorie sunt incluși factori socio-culturali, economici, socio-afectiv și educaționali din cadrul micro și macro grupurilor umane în care trebuie să se integreze treptat, copilul și tânărul începând cu familia" (Rădulescu, S., Banciu, D., 1990, p. 59) Înclinarea spre devianță și adoptarea comportamentului infracțional rezultă din „întâlnirea" specifică a diferiților factori pentru fiecare caz în parte.

În cadrul grupurilor de delincvenți minori și tineri regăsim un număr relativ mare de cazuri ce prezintă carențe serioase în ceea ce privește dezvoltarea lor psihointelectuală. Capacitățile intelectuale reduse împiedică, mai ales, anticiparea consecințelor și implicațiile acțiunilor întreprinse. În concepția lui Mitrofan N. (1992) delincventul minor prezintă o serie de caracteristici specifice:

- trăiește mai mult în prezent, acțiunile sale desfășurându-se în mod precumpănitor sub presiunea tiranică a impulsurilor și trebuințelor prezente;
- criticismul redus al gândirii;
- dificultățile sau imposibilitatea de anticipare pe plan mintal a urmărilor inevitabile ale infracțiunii;
- absența emoțiilor și înclinațiilor altruiste și empatice;
- slaba inhibiție;

- lipsa „frânelor condiționate" ce se află la baza incapacității de a-și controla și înfrâna tendințele și impulsurile ce-l împing la acte antisociale;
- sugestibilitatea mărită.

Inteligența scăzută este un alt factor care determină criminalitatea. Motivația dată de specialiști în argumentarea impactului inteligenței asupra delincvenței ar fi lipsa unuia din factorii inhibativi de prim ordin – individul nu poate prevedea consecințele infracțiuni.Anomaliile psihice care pot duce la infracțiune sunt cel mai des native, dar pot fi determinate și de boli, precum encefalita epidemică, care să aibă ca rezultat modificări comportamentale. Condițiile de mediu, certurile, neînțelegerile din familie, lipsa de supraveghere, imposibilitatea satisfacerii nevoilor primare pot fi cauze care să determine o conduită delincventă chiar la persoane cu o constituție psihică normală. Prezența concomitentă a factorilor de tip individual și a celor de tip social poate conduce, mai frecvent, la apariția comportamentului de tip deviant.

4.1.1. Analiza factorilor ereditari în studiul delincvenței juvenile

În secolele XVII-XVIII, reprezentanții filosofiei engleze, Locke, Shaftersbury și Hutcheson, concepeau delincvența ca o abatere nativă de la regulile de conduită. În acest context moralitatea și imoralitatea erau considerate caracteristici native ale psihicului. Asemănătoare cu această concepție este și teoria lui Cesare Lombroso. După acesta, criminalul, caracterizat printr-un șir de stigmate de degenerare, vine pe lume lipsit de orice simț moral. Caracteristica acestor teorii, întâlnită și la alți autori, este considerarea devianței ca o însușire biologică unitară moștenită. În secolul al XIX-lea aceste teorii sunt reluate de Francis Golton și Karl Pearson. Aceștia au măsurat gradul de asemănare sau de corelare dat de ereditate. Urmând pașii acestora, la începutul secolului XX, Charles Goring (1913) explică crima ca pe o moștenire ereditară motivând prin asemănarea crimelor făcute de părinți și cele făcute de copiii lor, și prin asemănarea crimelor fraților. Deasemenea susținea că tinerii, ai căror părinți fuseseră închiși în perioada copilăriei lor, devin infractori, în cele mai multe cazuri, la atingerea vârstei pe care o aveau părinții lor când au fost închiși. El neagă rolul mediului asupra criminalității, afirmând că o perioada lungă de timp, cât părintele a fost închis, nu a avut influențe asupra delincvenței minorului. Ca o măsura de prevenire, Goring propunea interzicerea reproducerii persoanelor delincvente.

În 1921 apare lucrarea „Crima ca destin" al lui Johannes Lange. Acesta studia factorul eredității în delincvența gemenilor. Teoria complementelor cromozomiale xxy, xyy a fost determinată de studiul lui Goring. Pornind de la teoria lui și profitând de evoluția geneticii unii criminologi au pus crima pe seama dezechilibrelor cromozomiale (Jacobs, P., Brunton, M., Melville, M., Brittain, R., McClemont, W., 1965). Influența eredității asupra delicvenței a fost studiată și

prin prisma teoriei adoptivilor (Amza, T., 2000) conform căreia copiii infractorilor adoptați în familii integrate social devin infractori.

Cercetările ulterioare înlătură motivațiile pe care se bazează aceste teorii. Claire Valiér (1998, apud Hollander, 1922) spunea „Conduita, poate fi imorală, dar calități mintale imorale nu există. Omul moștenește anumite tendințe spre reacțiune, adânc înrădăcinate, care sunt în ceea mai mare parte egoiste și care vin în contact cu spiritul său gregar" Astfel, se poate vorbi de moștenirea unor structuri psihice care pot favoriza conduita criminală. Ereditatea înseamnă transmiterea însușirilor și caracterelor fizice, psihice de la părinți la copii prin mijlocirea plasmei germinative. Cercetarea rolului eredității asupra criminalității s-a facut prin mai multe metode: metoda cercetării cromozomiale, metoda genealogică, metoda gemenalogică.

Metoda cercetării cromozomiale

La organismele superioare materialul genetic este concentrat în nucleul celulelor germinale, mai exact în cromozomi. Fiecare cromozom este constituit din ADN și proteine. ADN-ul este cel care condiționează caracterele ereditare și care asigură transmiterea lor din generație în generație. Toate celulele umane au 46 cromozomi (particula colorată a nucleului), mai puțin cele germinale care au fiecare câte 23 cromozomi. Celula-ou are 46 cromozomi (23 materni, 23 paterni). Prin jocul întâmplării vor trece într-o celulă fiica un număr variabil de cromozomi materni și paterni. Statistic sunt posibile 70 trilioane de combinații (Bonner, D.M., Herres, S.E., 1982, pp. 26-33). Există posibilitatea ca o celula-ou să fie formată exclusiv din cromozomi proveniți doar de la unul din părinți, dar o asemenea posibilitate este neglijabilă. Astfel posibilitatea ca un copil să primească exclusiv caracterele paterne ale unui tată criminal sunt de 1: 8.388.608 (Rostand, J., 1996). De aici rezultă o consecință importantă: delincvența nu implică prezența unei gene specifice, dar s-a demonstrat corelația dintre anumite accidente cromozomiale și delicvență. Ereditatea poate însemna doar o anomalie biochimică care perturbă relațiile individului cu mediul său. Comportamentul antisocial este o formă de manifestare a unei tulburări organice. Accidentele cromozomiale care determină un astfel de comportament sunt după Maximilian C. (1979, pp. 45-59):

- Femeile 47, XXX. Acestea au o dezvoltare fizică normală, pot procrea, dar din punct de vedere psihic prezintă o labilitate crescută manifestată în anumite situații prin violență (posedă putere fizică), stări depresiv-paranoice, un procent însemnat din aceste femei sunt întâlnite în instituțiile destinate deficienților de intelect. Frecvența anomaliei este relativ mare – 1,007%.
- Bărbații XXYY. Au o dezvoltare fizică normală, predomină înalțimea mare, fiind în general sterili. Prezintă tulburări psihice de timpuriu, tolerează dificil frustrările, un număr impresionant de dedublari de personalitate corelate cu manifestări violente ce par premeditate până la detaliu. Nu s-a putut stabili

frecvența anomaliei, dar 2% din delicvenții (cu tulburări de comportament) analizați o prezentau.

- Bărbații 47, XXY. La fiecare 1000 de nou-născuți unul are un cromozom X suplimentar. Acesta va influența dezvoltarea gonadelor, consecințele fiind sterilitatatea și înapoierea mintală. Caracterele sexuale secundare sunt slabe, de aceea se consideră că existență acestui cromozom X determină homosexualitatea.
- Bărbații XYY. Aceasta constituție cromozomială are o pondere de 1,1% din populația masculină. Nu se cunosc cu exactitate influențele existenței cromozomului suplimentar Y, dar în lotul de control format în proporții egale de minori cu handicap psihic și delicvenți minori frecvența era de 2%, adică de 18 ori mai mare decât la restul populației.
- Bărbații YY. O parte din copii YY au un risc mai mare de a prezenta deviații comportamentale. Deși s-a vorbit mult despre corelația dintre delicvență și cromozomii YY după cercetările din cadrul Universității Standford (1999) se apreciază că Y-ul suplimentar favorizează, nu determină comportamentul antisocial. Toate anomaliile cromozomiale de sex – care implică prezența cromozomilor Y – antrenează un grad oarecare de înapoiere mintală și în secundar tulburări de comportament. Bărbații YY comit infracțiuni minore – furturi, înșelăciuni – mai rar crime sau infracțiuni ce presupun un grad crescut de inteligență. Marea majoritate a acestora sunt integrați social și nu au probleme cu legea.

O altă perspectivă a eredității este legătura dintre aceasta și inteligență. Pentru a înțelege întreaga semnificație a acestiu aspect, statisticile relevă că la fiecare 600 de nou-născuți unul are un cromozom suplimentar, din perechea 21, „vinovat" de apariția unor malformații majore, asociate cu o înapoiere mintală profundă. Dintre aceștia 15% sunt instituționalizați, restul putând fi un pericol social. (Larmat J., 1977, p. 112)

Ereditatea are impact asupra criminalității dar nu trebuie privită ca un factor exclusiv. Datele statistice obținute prin diferite metode apreciază (Beirne, P., 1988, pp. 315-339):

Tabel 1: Corelația între factorii ereditari și comportamentul antisocial

Tip de crimă	Asemănarea părinți-copii	Asemănărea între frați
Crimă în general	60	45
Crime contra proprietății	45	46
Crime de furt	60	23
Crime de violență	50	46
Crime de fraudă	15	17

Sursa: Beirne, P., 1988, pp. 315-339

Studiul lui Lange. J., în 1929 realizat pe un grup de 30 perechi de gemeni (13 monozigoți, 17 dizigoți) a relevat existența unor similitudini între infracțiunile acestora. Astfel, când unul din gemenii monozigoți fusese închis, s-a constatat că și celălalt fusese condamnat pentru fapte penale similare, în schimb niciunul din gemenii dizigoți nu înfăptuise infracțiuni. În baza aceluiași studiu s-au observat trăsăturile comune ce stau la baza comportamentului criminal. Acestea sunt: lipsa de empatie, aplatizare afectivă, lipsa stăpânirii de sine, influențabilitatea (Regoly R. M, Hewitt, D., Delisi, M., 2010, p.113). Și alte studii ale gemenilor consideră ereditatea, cauză a comportamentului deviant. Un exemplu este studiul psihozelor cu urmări antisociale (Maximilian, C., 1988).

Tabel 2: Corelația între afecțiunile psihice și comportamentul antisocial

Psihoza	Gemeni monozigoți	Gemeni dizigoți
Schizofrenie	80%	13%
Sindrom maniaco-depresiv	77%	19%

Sursa: Maximilian, C., 1988

Alt studiu criminologic asupra gemenilor privește coeficientul lor de inteligență. Diferența între I.Q.-ul gemenilor monozigoți este de 5,9 puncte, între gemenii dizigoți diferența este de 9,9 puncte, în timp ce între frații obișnuiți este de 13,2 puncte, pentru a ajunge la 17 puncte între frații neînrudiți, crescuți în același mediu (Dobzhansky Th., 1999, p. 113).

Metoda genealogică

Unul din argumentele care plasează ereditatea printre factorii care determină delincvența la vârste fragede a fost studierea comportamentului copiilor (cu părinți infractori), care au fost scoși din acel mediu și plasați în familii nedelicvente. Alexandru Roșca menționa în lucrarea „Delicventul minor" (1932) experiența unui filantrop din Hamburg, care s-a hotărât să salveze copii proveniți din părinți criminali și i-a plasat într-o casă anume construită, cu personal specializat. Rezultatul a fost negativ fiindcă, după 4-5 ani, aceștia au părăsit căminul pentru a duce o existență delincventă. Un alt caz celebru este al unei fetițe ce a fost scoasă din sânul unei familii de infractori, spre a fi plasată într-un cămin normal. O perioadă conduita fetiței a fost ireproșabilă, după care a început să mintă, să fure, ca în final să ajungă într-o instituție specială pentru minori.

Pe baza acestor studii se poate concluziona că ereditatea este răspunzătoare de criminalitatea copiilor. În același timp această concluzie nu oferă un răspuns la întrebarea de ce comit infracțiuni și minorii proveniți din familii „normale". Ceea ce se moștenește nu este criminalitatea, ci anomalii care o pot determina. Pe lângă ereditate trebuiesc luați în seama și alți factori. Când se

studiază o familie delincventă trebuie luați în considerare și factorii de mediu, pentru că este posibil ca și tatăl și fiul să fi comis aceeași infracțiune, dar vinovat să fie mediul sau situația economică.

Toate cercetările au impus aceeași concluzie – caracterele umane (aptitudini, capacitate intelectuală, grad de rezistență) sunt determinate de un factor ereditar și de unul ambiant.

4.1.2. Factori familiali determinanți ai comportamentului deviant

Una din cele mai importante funcții ale familiei constă în educarea și formarea tinerilor în vederea integrarii lor optime în viață și activitate socială. În cadrul grupului familial, părinții exercită direct sau indirect, influențe educațional-formative asupra propriilor copii. Cuplul conjugal, prin întreg sistemul său de acte comportamentale, constituie un model social care are o influență hotărâtoare asupra copiilor privind concepția lor despre viață, a modului de comportare și relaționare în raport cu diferite norme și valori sociale. Părinții exercită influențe modelatoare în mod direct prin strategiile educaționale, folosind anumite metode. Unele strategii folosite de părinți nu duc întotdeauna la rezultatele scontate, mai mult pot avea exact rezultatul opus. Un factor esențial al dezvoltării personalității unui copil îl reprezintă climatul familial. Acesta este o formațiune psihosocială complexă, ce cuprinde ansamblul de stări psihice, moduri de relaționare interpersonală, atitudini ce caracterizează grupul familial o perioada de timp. Acest climat, care poate fii pozitiv sau negativ, se interpune ca un filtru între influențele educaționale exercitate de părinți și achizițiile comportamentale realizate la nivelul personalității copiilor.

Climatul familial poate fi analizat după mai mulți factori:

- modul de raportare interpersonală al părinților;
- sistemul de atitudini parentale în raport cu societatea;
- modul în care e perceput copilul în familie;
- modul de manifestare al autorității părintești;
- gradul de acceptare a unor comportamente variate ale copiilor;
- modul de aplicare al recompenselor și sancțiunilor;
- gradul de deschidere și de sinceritate al copilului față de părinți.

Creșterea normală a copilului depinde de afectivitatea părinților față de copii și de seriozitatea acestora. Cercetările arată că în multe familii lipsa de afectivitate (în 32% din cazuri), antipatia (în 20% din cazuri), excesul de tandrețe (în 13%), slăbiciunea manifestată față de copii (în 16% din situațiile analizate), determină manifestări antisociale (Mitrofan, N., Zdrenghea, V., Butoi, T., 1994, p. 87).

- *Familia dezorganizată*

Din vremuri istorice s-a considerat că familia dezorganizată consituie cauza comportamentului deviant. Odată cu apariția unor noi modalități de abordare a domeniului aceasta concepție a fost reconsiderată, considerându-se că, de fapt, nu structura familiei este vinovată de comportamentul deviant, ci carențele pe care le are fiecare tip de familie dezorganizată. Familia dezorganizată este familia care-și pierde integritatea ca urmare a separării părinților datorită unor motive. Familia dezorganizată poate fi: familia incomplet unită sau nelegitimă, familia dezmembrată prin îndepărtarea unuia din soți, ca urmare a anulării căsătoriei, separării, divorțului sau părăsirii, familia tip „cămin gol" (soții locuiesc împreună fără o comunicare reală și fără să constituie unul pentru altul un suport emoțional), familia în criză datorită absenței unuia din soți prin: deces, detenție, concentrare, boală, existența unor situații care determină eșecurile comportamentului conjugal, cauzate de anumite tipuri de deficiențe sau afecțiuni, fie a copiilor, fie a unuia sau a ambilor soți.

Studiile asupra delicvenței juvenile au arătat că, în mare măsură, atmosfera din familiile dezorganizate, lipsa autorității părintești, a controlului și a afecțiunii acestora i-au determinat pe copii să adopte atitudini antisociale. Astfel, studiul realizat de Jean Pinatel (Mannheim, H., 2001, *apud* Pinatel J., pp. 611-619) a determinat urmatoarele concluzii:

- 58% din infractorii minori provin din familii dezorganizate, din care 13% sunt copii naturali, 4% sunt orfani de ambii părinți, 18% au un părinte decedat, 6% au părinți divorțați, 13% au părinți separați;
- 13% proveneau din familii în care erau prezente comportamente imorale;
- 14% din cazuri copii au schimbat două medii familiale;
- 13% au schimbat mediul familial cu cel instituțional;
- 17% au avut dese plecări de-acasă;
- 9,73% sunt absenți constant din familie.

Proporția relațiilor tensionate dintre părinți sau absența relațiilor (determinate de divorț, abandon, deces) este mai mare în cazul delincvenților juvenili. După studiu lui Roșca A. (1932) putem observa corelații între tipul de relații din cadrul familiei și comportamentul delincvent al copiilor.

Tabel 3: Corelația între relațiile din cadrul familiei și dezvoltarea comportamentului delincvent la minori

Relații maritale	Delincvenți băieți (235 cazuri)	Delincvente fete (37 cazuri)
Familii organizate	31,06%	24,32%
Tatăl în viață mama decedată	11,91%	13,51%
Mama în viață tatăl decedat	26,80%	21,62%
Ambii părinți decedați	17,44%	16,21%

Relații maritale	Delincvenți băieți (235 cazuri)	Delincvente fete (37 cazuri)
Părinți despărțiți în fapt	6,80%	5,40%
Părinți necunoscuți	5,95%	18,91%
Relații maritale dizarmonice	68,90%	75,70%

Sursa: Roşca A. (1932)

În strânsă legătură cu dezmembrarea familiei naturale se pune problema părinților vitregi, soții părintelui la care a rămas spre creştere copilul. Unele studii şi-au îndreptat atenția spre această situație care are influență asupra delicvenței juvenile. S-a constatat că, apariția comportamentului deviant la copii, poate fi determinată de prezența părintelui vitreg, pe fondul unei reacții de respingere pe care o resimte copilul față de înlocuitorul părintelui său ori de sentimentul de concurență pe care-l resimte față de persoana nou venită în familie.

Disoluția grupului familial, deteriorarea climatului conjugal, deficiențele stilului educativ al familiei (lipsa de unitate şi orientare parentală în aplicarea sancțiunilor față de minor, părinții care nu cunosc activitățile minorului), precum şi atitudinile antisociale ale mediului familial sunt principalii factori care influențează conduita minorului, determinându-l ca, în anumite situații favorizante, să comită şi să reitereze acte cu caracter predelicvent sau delicvent. Rezultă, de aici, că nu dezorganizarea ca atare este un factor determinant al comportamentului delicvent al tânărului, ci deficiențele educative ale familiei.

- *Familia în conflict*

Există unele familii care, deşi sunt „organizate" se caracterizează prin accentuate stări conflictuale. Aceste stări pot fi de intensitate diferită şi se pot întinde pe diferite perioade de timp, plecând de la forme relativ simple – ceartă, neînțelegeri, contraziceri, refuzul unor obligații familiale – la forme complexe – abuz fizic, abandon familial.

Modul de relaționare intraconjugală diferă de la un cuplu la altul, ceea ce nu a împiedicat o clasificare a cuplurilor conflictuale. Situațiile conflictuale crează o situație-stimul cu efecte puternice asupra personalității copilului, în funcție de acest criteriu Cuber, J. F., şi Haroff, P. (1965) în studiul „The significant Americans: A study of sexual behavior among the affluent", diferențiază cinci tipuri de cupluri conflictuale:

Căsnicia celor obişnuiți cu conflictele se caracterizează prin frecvența conflictelor, rareori ascunse copiilor, dar neexteriorizate altor persoane. Copii crescuți într-un astfel de mediu devin violenți, violența manifestându-se atât verbal – necunoscând o altă formă de susținere a punctului de vedere –, cât şi fizic – de cele mai multe ori pentru păstrarea supremației în grup, sau pentru rezolvarea diferendelor. Minorii delicvenți, proveniți din astfel de familii, petrec la întâlnirile cu membrii grupului infracțional una sau mai multe zile împreună în proporție de 47,8%.

Căsniciile devitalizate se caracterizează prin pierderea treptată a sentimentelor, a armoniei existente în primii ani de căsnicie. Partenerii petrec puțin timp împreună, manifestă dezinteres pentru preocupările celuilalt, dar îi leagă interesul pentru creșterea copiilor. Faptul că părinții nu se ceartă în prezența copiilor determină o interiorizare mai mare a atitudinilor antisociale ale minorilor, procentul fiind 68,4%.

Căsnicia pasiv-cordială se deosebește de căsnicia devitalizată prin aceea că pasivitatea caracterizează de la început relația. Acest fapt se poate datora direcționării interesului spre alte activități, sau datorită personalității partenerilor.

Căsnicia vitală se bazează pe o relație empatică. Prezența partenerului este foarte importantă, dar partenerii nu-și pierd personalitatea, putându-se afla în poziții de rivalitate.

Căsnicia bazată pe relația totală în care partenerii au mai multe în comun decât în celelalte tipuri de căsnicii și în care nu se pierd sentimentele de unitate și vitalitate din relația lor.

În fiecare din aceste cazuri, copiii, receptează și trăiesc intens fiecare eveniment desfășurat în familia lor. Efectul principal al relațiilor conflictuale din cadrul familiei îl constituie devalorizarea modelului parental și pierderea posibilității cu identificarea cu acest model. Nu de puține ori copiii care resimt puternic influențele climatului conflictual, fug de acasă și caută să găsească un grup de apartenență, care poate fi antisocial. Din cadrul lotului studiat de Dragomirescu, V., (1976) 62% din minori provin din familii conflictuale și, procentul crește la 72% când stările conflictuale sunt asociate cu consumul de alcool (în 43,9% dintre cazuri tatăl consumă zilnic alcool, în 23,6% dintre cazuri, tatăl consumă alcool ocazional).

- *Climatul familial hiperautoritar*

Severitatea excesivă, cu interdicții asociate cu brutalitate, cu comenzi ferme pline de amenințări își lasă puternic amprenta asupra copilului. Menținerea copilului într-un climat hipersever determină, treptat, modificări în dimensiunea atitudional-relațională a personalității minorului ce se pot manifesta prin stări apatice, atitudini de revoltă, protest și care pot transforma copilul din victima în agresor. În categoria profilelor de părinți severi, prezentate de Mitrofan, N. (1994) se includ următoarele tipuri:

- Tatăl dominator, are personalitate puternică, este foarte exigent. Pentru el soția și copii sunt ființe slabe care trebuiesc conduse și protejate. Copii sunt în general timizi și inhibați, dar pot fi dominatori asemeni tatălui, caz în care pot apărea rupturi brutale în relația tată-fiu.
- Tatăl tiran, are o personalitate ștearsă motiv pentru care abordează o autoritate în salturi. Copilul este realmente debusolat reacționând la atitudinea tatălui prin stări de inhibiție, frică, instabilitate creând dezechilibre, accentuate în momentul realizării mediocrității tatălui.

- Tatăl demisionar, este cel ce nu se simte pregătit să-şi educe copilul. Este mereu „ocupat". Copilul poate crede că nu este iubit, sau se poate învinovăți de atitudinea părintelui.

Statisticile evidențiază rolul unei atitudini hipersevere în manifestările delicvente ale minorilor. Glueck, Sh. şi Glueck, E. în studiul „Unraveling Juvenile Delinquency", 1950 (Junger-Tas, J., Decker, H.S., (edit.), 2006, pp. 9-28) au construit Tabelul Predicției Sociale care reliefează legătura dintre mediul familial şi delincvența juvenilă:

Tabel 4: Tabelul Predicției Sociale

Factori predictivi	Scor de delincvență
1. Disciplina minorului asigurată de tată	
Severă, dar adecvată	9,3%
Slabă	59,8%
Prea severă sau intermitentă	72,5%
2. Supravegherea minorului de către mamă	
Corespunzătoare	9,9%
Severă, dar adecvată	57,5%
Necorespunzătoare	83,2%
3. Afecțiunea tatălui pentru minor	
Caldă şi supraprotectivă	33,8%
Indiferentă sau ostilă	75,9%
4. Afecțiunea mamei pentru minor	
Caldă şi supraprotectivă	43,1%
Indiferentă sau ostilă	86,2%
5. Coeziunea familială	
Puternică	20,6%
Slabă	61,3%
Absentă	96,9%

Sursa: Glueck, Sh. şi Glueck, E., 1950

- *Familia hiperpermisivă*

Dacă hiperautoritarismul reprezintă o exagerare a exercitării rolului parental în direcția impunerii totale a voinței părinților şi limitării posibilităților de exprimare a copilului, hiperpermisivitatea creează în mod exagerat condiții de apărare a acestuia împotriva posibilelor pericole. Părinții depun eforturi mari de a proteja copilul, chiar într-o manieră exagerată. Statisticile apreciază existența unui procent mare de delicvenți ce provin din familii protectoare şi în acelaşi timp permisive. În general, astfel de familii sunt monoparentale (mamele având în general o astfel de atitudine), astfel 45% din delicvenți au primit o educație de tip permisiv din partea mamei şi 30% din partea tatălui.

BCU CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

B.C.U. „M. EMINESCU" IAȘI

Cercetarea criminologică a studiat și raportul dintre structura familiei, educația primită de minor și delicvență. Acest factor este relativ, studiindu-se în raport cu obiceiurile, rolul jucat de familie ca grup social în fiecare societate. Familia rurală se deosebește de cea urbană în special prin numărul membrilor săi, deseori familia rurală fiind mai numeroasă. Numărul membrilor unei familii este important pentru dezvoltarea minorului deoarece acesta intra în contact de mic cu tipologii umane diferite cu care este obligat să comunice și nu în ultimul rând prin modul de împărțire a drepturilor și responsabilităților familiale. Unii criminologi consideră copilul unic mai puțin predispus spre delicvență decât copiii cu număr mare de frați. Motivul se pare că este determinat de scăderea autorității în familiile cu mulți copii. Pe de altă parte în literatura de sociologie a devianței se consemnează rolul negativ asupra procesului de socializare în familiile cu un singur copil.

4.1.3. Rolul factorilor psihici în determinarea comportamentului deviant

În criminologia contemporană, factorii psihici au o mare pondere în etiologia crimei, alăturându-se factorilor biologici și sociali. Unii autori consideră factorii psihici având o importanță mărită comparativ cu restul factorilor criminogeni. Factorii biologici și sociali pot acționa doar dacă trec prin factorii psihici și dacă factorii sociali și fizici sunt interiorizați și însușiți de factorii psihici, astfel încât primii trezesc nevoi, dorințe și planuri mintale care se pun apoi în aplicare. Studiul factorului psihic impune o tratare a fenomenului atât din perspectiva psihiatriei, cât și a criminologiei. O determinare din perspectivă psihiatrică clasifică acești factori în trei categorii: factori motivaționali, factori cognitivi, factori conativi.

Factorii motivaționali sunt factorii propulsivi, cei care determină la acțiune. Aici se înscriu trebuințele, mobilurile, tendințele, emoțiile, dorințele.

Factorii cognitivi sunt factori de cunoaștere a situației, a mijloacelor de acțiune. Intră în această categorie factorii perceptivi, reprezentativi, imaginativi, intelectivi.

Factorii conativi sunt cei care determină punerea în aplicare a dorinței, a planului de acțiune. Aceste categorii de factori există în realizarea de obiective licite, dar și ilicite. În ambele cazuri se manifestă tendințe, dorințe de a realiza ceva și hotărârea de comitere a unei fapte, urmată de punerea în mișcare a hotărârii. Analizând tipologia infracțiunilor și legătura acestora cu determinantele psihice individuale putem observa că mobilurile crimei se clasifică în: primare (de bază) și secundare (derivate). Mobilurile primare sunt: instinctul de conservare care împinge la căutarea apei, hranei, odihnei; instinctul sexual, care împinge la căutarea prezenței persoanelor de sex opus și în anumite cazuri a aceluiași sex. Aceste mobiluri sunt corelate în special cu săvârșirea de infrac-

țiuni contra persoanei. Instinctul combatitiv constă în mobilizarea energiilor proprii atunci când apar piedici în atingerea satisfacerii trebuințelor. Acestui instinct este asociat cu furia și poate determina infracțiuni cu grad mărit de violență. Dorința de a fi remarcat (în special la adolescenți), de aserțiune de sine prin impunerea în fața altor persoane, de a conduce pe alții sunt dorințe asociate cu stări emotive specifice – invidie, vanitate, ambiție, furie, de la care se ajunge la conflicte, infracțiuni. Instinctul achizitiv constă în adunarea de bunuri, valori, bani. Până la un punct acestă tendință este pozitivă, dar poate lua o formă gravă, de avariție, lăcomie, chiar cu manifestări patologice (cleptomania), ce pot fi cauza unor delicte.

Mobilurile secundare, dezvoltate din mobilurile primare, sunt: emoții complexe, derivate din emoțiile primare, ca de exemplu mânia determinată de o stare de conflict care, dacă va fi persistentă, se va transforma în ură, un sentiment derivat. În măsura în care o persoană se opune alteia mânia (respectiv ura) crește în intensitate, și poate fii motivul unor infracțiuni. Din emoțiile primare – trecătoare – se formează alte stări emoționale persistente: dorințele. Acestea sunt stări emoționale la care obiectul emoției nu este prezent și care pot fi generatoare de acțiuni criminale. Emoțiile aflate în corelație cu experiența pot genera resentimente față de o persoană, care într-o conjunctură conflictuală pot fi mobil de acțiuni criminale.

Un factor important în etiologia crimei este capacitatea de judecată și nivelul mintal al delicventului. Inteligența este un factor psihic care joacă un rol important în procesul de adaptare socială, comportare, muncă. În cadrul grupurilor de delicvenți minori și tineri se regăsesc un număr mare de persoane cu carențe în dezvoltarea lor psiho-intelectuală. Se pare că acest factor îi împiedică să anticipeze consecințele și implicațiile acțiunilor întreprinse. Statisticile relevă faptul că printre persoanele cu un coeficient de inteligență mai mic se numără mai mulți infractori decât printre persoanele mai inteligente.

4.1.4. Rolul mediului școlar în favorizarea comportamentului deviant

Criminologii au observat că mulți minori delicvenți au o atitudine negativă față de școală. Cercetându-se gradul de instructie școlară al delicvenților minori s-a constatat că în rândul tinerilor cu abateri comportamentale cu cât gradul de instrucție este mai scăzut cu atât este mai mare riscul ca aceștia să fie implicați în activități delincvențională.

Dragomirescu, V. (1976), în urma analizei unui lot de 210 delicvenți juvenili, a evidențiat următoarea situație privind nivelul de pregătire școlară:

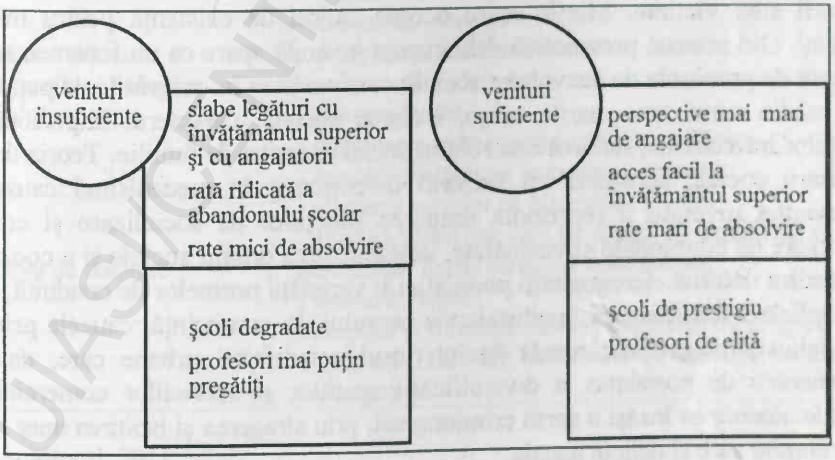
- 60% din ei au repetat cel puțin o clasă;
- 82% au schimbat cel puțin două școli;
- 68% au o atitudine de indiferență și chiar repulsie față de școală;

- 75% au avut rezultate slabe la majoritatea disciplinelor, dintre care 49% aveau rezultate foarte slabe;
- 32% din minori au abandonat școala și nu erau încadrați în nici o altă activitate;
- 9% erau absolvenți ai învățământului primar și erau încadrați ca muncitori necalificați.

Situația școlară slabă, în unele situații este și urmare a neimplicării cadrelor didactice. În studiul menționat, în 32% din cazuri pedagogii nu cunoșteau nici un membru al familiei minorului cu atitudini predelicvente, în 53% din cazuri, cadrele didactice și colectivul clasei au adoptat o atitudine indiferentă față de minorul predelicvent, ceea ce a dus la marginalizarea și izolarea acestuia în raport cu colegii.

Concluziile unor astfel de cercetări converg în a susține ideea că abandonul școlar, alături de formele grave de violență, reprezintă principalul indicator predictiv al orientării indivizilor către o carieră delincventă „oportunitatea obținerii unei educații alese reprezintă un element cheie pentru avuția umană. Absența acestei oportunități limitează șansele în viață celor care se confruntă cu acest tip de dezavantaj" (Pacione, 2009, p. 365). Vulnerabilitatea la abandon școlar poate fi identificată relativ ușor, prin estimarea unor factori semnificativi, cum ar fi combinarea agresivității cu eșecul școlar și vârsta cronologică mai ridicată a elevului în raport cu cea a colegilor de clasă. La aceste elemente ce vizează elevul, dacă se adaugă familia conflictuală sau dezorganizată, sărăcia și promiscuitatea, obținem indicii de certitudine în privința traseului delictogen al copilului. În astfel de situații, școala este lipsită de mijloace, cazul trebuind a fi preluat de structurile de asistență socială.

Figura 6: Relația între statutul economic și oportunitățile educaționale



Sursa: adaptare după Pacione, 2009

Școlile din arealele urbane sărace au o rată a notelor obținute scăzută, un curriculum ceva mai limitat, profesori mai puțin calificați, acces scăzut în ceea ce privește o consiliere academică, legături slabe cu învățământul superior și angajatori, puțini studenți plasați la cursuri avansate, clădirile în care elevii își desfășoară cursurile sunt mai degradate, și nu în ultimul rând, o rată a abandonului școlar însemnată. Deborah McKoy și Jeffrey Vincent prin studiul „Housing and Education: The Inextricable Link" (apud Carr și Kutty, 2008, p. 131), arată că manualele școlare sunt vechi și deteriorate, computerele uzate moral, iar celelalte echipamente didactice sunt destul de uzate. Aceste condiții contribuie împreună cu impactul egal al presiunii grupului asupra rezultatelor academice, sporind în același timp criminalitatea și consumul de substanțe interzise. Așadar, concluzionează Williams și Collins, în acest mod se creează anumite diferențieri sociale care au în fundament abandonul școlar crescut, ratele mici de absolvire, competențele și cunoștințele insuficiente pentru accederea și absolvirea învățământului superior (Williams și Collins, 2001, p. 406). Copiii inadaptați școlar adoptă într-un procent alarmant atitudini antisociale, manifestându-se delicvent. Cadrele didactice sunt primele care pot observa înclinațiile spre delicvență ale elevilor și pot trage un semnal de alarmă în această privință, dar trebuie subliniat că nu orice elev cu rezultate slabe este un potențial delicvent.

4.1.5. Aglomerările urbane și influența lor asupra comportamentului deviant

Vecinătatea este, alături de familie, mediul primar al copilului. Încă de la începuturile sale, criminologia a semnalat corelația care există între infracționalitate și anumite cartiere, în care locuiesc într-o suprafață restrânsă mai multe familii. Mediul urban creează premisele dezvoltării unui mediu viciat, în care minorii sunt victime. Marile orașe acordă cadrul de existență pentru mii de oameni. Din această perspectivă delincvența juvenilă apare ca un fenomen urban generat de procesele de dezvoltare socială ce-și au baza în: migrările de populație din mediu rural spre marile orașe, izolarea socială, caracterul impersonal al relațiilor interumane, slăbirea controlului social exercitat de familie. Teoria dezorganizarii sociale consideră că factorul determinant în mecanismul cauzal al delicvenței juvenile îl reprezintă scăderea funcțiilor de socializare și control exercitate de comunitate și vecinătate, destabilizarea ordinii sociale și a coeziunii grupurilor datorită eterogenității populației și varietății normelor de conduită, ca și multiplicării fenomenelor aculturale ale orașului. În consecință, cauzele primare ale delicvenței juvenile rezidă în interiorul comunității urbane care, datorită aglomerării de populație, a diversificării spațiilor și serviciilor comerciale și sociale, devine ea însăși o sursă criminogenă, prin atragerea și ispitirea unor tineri de a comite acte și delicte penale.

„În majoritatea oraşelor mari ale țării segregarea socio-economică a generat areale urbane clar delimitate spațial și care se dosebesc net de restul orașului – zone bogate și zone foarte sărace – ghetouri în care converg două forme sociale de segregare: socio-economică și etnică (întrucât populația majoritară este de etnie rromă) cu grave probleme în ceea ce privește utilitățile publice" (Mionel, V., 2011). Caracteristic acestor spații este procesul de polarizare socială. Creşte proporția proprietarilor slab calificați sau cu venituri scăzute, concomitent cu creşterea persoanelor cu înaltă calificare sau numărul proprietarilor cu venituri mari, rezultând includerea unei părți a societății și excluderea celeilalte (Mustered și Ostendorf, 1998, p. 2).

Tabel 5: Principalele efecte și particularități ale procesului de segregare

Efecte	Particularități
1. Calitatea locuirii și a cartierelor	- lipsa stocului optim de locuințe; - locuirea este un mecanism de reproducere a inegalităților și neajunsurilor sociale.
2. Oportunitatea socială	- oportunitatea educațională și rezultatele școlare; - impactul asupra oportunităților de angajare.
3. Comportamentul electoral	- preferințe pentru partidele minorității din care alegătorul face parte; - manipulare electorală
4. Clase sociale	- statutul de membru al unei clase sociale trebuie realizat; - sunt bazate pe raționamente economice; - reprezintă un sistem impersonal de indivizi, fără originalitate.
5. Delincvență	- indolența față de muncă; - criminalitate familială, inclusiv părinți condamnați sau frați delincvenți.
6. Cultura străzii	- ghetoizarea culturii urbane.
7. Deşeurile și poluarea mediului urban	- poluare atmosferică; - poluare fonică; - degradarea infrastructurii tehnico-edilitare. - gunoiul și alterarea resturilor alimentare; - alterarea surselor de alimentare cu apă; - apariția vectorilor care facilitează apariția bolilor.
8. Starea de sănătate	alimentație foarte săracă și nesănătoasă; - stresul cotidian; - alcoolul și fumatul excesiv, consumul de droguri; - educație sanitară deficitară și servicii sanitare defectuoase.

Sursa: Mionel, 2011

Cea mai mare parte a efectelor negative care apar sub acțiunea directă a sărăciei și a segregării, formează un cerc vicios al dezavantajelor sociale. Unul dintre efectele nedorite se reflectă asupra oportunității sociale, atât în ceea ce privește oportunitatea de angajare care are foarte mult de suferit, cât și asupra oportunităților educaționale și a efectelor asupra rezultatelor școlare ale copiilor.

Stilul de viață din cartierele sărace, creează mari probleme de administrare pentru autoritățile urbane. De pildă, datorită lipsei educației și pregătirii profesionale, șomajului și „indolenței sau intoleranței muncii" (Giddens, 2009, p. 505) aici se înregistrează cel mai mare număr al actelor de delincvență, incluzând traficul și consumul de droguri. Unii cercetători au argumentat că în multe societăți urbane industrializate există legături strânse între comportamentul delincvent și excluziunea socială. După cum afirmă acești autori există o tendință, în societățile urbane moderne, de a promova excluderea anumitor cetățeni prin intermediul unor „aranjamente" mutual acceptate (Young, 1999, pp. 1-29). Young (1999) afirmă că segregarea socială dă naștere comunităților sărace în care mulți rezidenți se întorc la comportamentul delincvent pentru a obține ceea ce-și doresc. Ori atunci când aplică pentru a obține o slujbă sau când merg la școală, acești indivizii sunt victime ale stigmatului dat de locul în care trăiesc. În încercarea de a identifica factorii care condiționează comportamentul delincvent, David Farrington și Donald West (1988), au identificat următoarele aspecte caracteristice comunităților cu statut socio-economic precar:

- deprivarea economică/materială, inclusiv venituri mici, case sărace și experimentarea perioadelor îndelungate de șomaj;
- criminalitatea familială, inclusiv părinți condamnați sau frați delincvenți;
- educația nesatisfăcătoare, părinți fie autoritari, fie prea permisivi;
- eșecul școlar.

În perioadă adolescenței tinerii simt cel mai acut nevoia apartenenței la un grup. Adolescenții pun mare preț pe legăturile de prietenie pe care le stabilesc. Pe un fond de nesiguranță, în care tânărul oscilează între obedință și revoltă, între independență și imitație, anticonformism și lipsă de originalitate, va adopta regulile grupului pentru că aceasta este soluția pentru a fi recunoscut, acceptat și stimat de către cei pe care îi admiră și care-i sunt prieteni. Prin contactul cu grupul, tânărul adoptă limbajul, capacitățile și aptitudinile, asimilând o serie de valori și norme specifice grupului. Când în cadrul grupului predomină sentimentele de frustrare, insatisfacție socială, de violență și agresivitate apare nevoia negării societății și constituirea alteia nouă pe baza propriilor valori la nivelul grupului. În cadrul acestor grupuri respectarea normelor capătă o importanță fundamentală, deoarece participarea în cadrul său permite instaurarea unui proces de integrare. Subcultura grupului influențează apariția proceselor de educație și adaptare – socializare și integrare socială negativă – contrare normelor sociale.

Sistemul cultural al claselor defavorizate cuprinde, după Siegel, L.J. și Welsh, B.C. (2009, pp. 130-136 *apud* Miller, W., 1958) un set de preocupări și sisteme de referință, care sunt „probleme care dirijează o atenție largă și persistentă, alături de un înalt grad de implicare emoțională" a membrilor grupului. Aceste preocupări sunt:

Figura 7: Relația între comportament și alterntive ale acțiunii, în rândul claselor defavorizate

Domeniul	Alternativa acceptată	Alternativa inacceptabilă
Contactul nedorit/dorit cu autoritățile	Comportament care încalcă legea	Comportament care trebuie să respecte legea
Duritate	Curaj fizic, dibăcie, masculinitate, îndrăzneală, lipsă de teamă, curaj	Slăbiciune, incapacitate, timiditate, lașitate, prudență
Istețime	Abilitatea de a păcăli, înșela, excroca; câștigarea banilor prin viclenie; dibăcie de spirit	Naivitate, câștigarea banilor prin muncă grea; tărăgăneală, prostie, neîndemânare verbală
Excitare	Senzații tari, risc pericol, schimbare, acțiune	Plictiseală, monotonie, siguranță, uniformitate, pasivitate
Destin	Favorizat de noroc, a fi norocos	Semn rău, a fi ghinionist
Autonomie	Libertatea față de constrângeri externe, față de o autoritate, independență	Prezența constrângerilor externe, prezența unei autorități, dependență

Sursa: adaptare după Siegel, L.J. și Welsh, B.C. (2009, pp. 130-136)

În opinia aceloraşi autori, periculozitatea deosebită a grupurilor stradale constă în aceea că sunt alcătuite, în cea mai mare parte din tineri ce prezintă deficite emotive socializante. Mulți abandonează școala, fug de acasă și au ca modele infractori celebri. Importanța legăturilor de prietenie cu tineri cu înclinații delicvente este semnalată și de datele statistice care stabilesc că:

- în 21% din delicvenții minori de sex masculin și 19% de sex feminin au comis actele delicvență datorită influenței grupului;
- în 75% din cazuri este vorba de un grup preconstituit;
- 80% din delicvenți au ca loc de întâlnire strada;
- în 97% din cazuri delicvenții minori au prieteni delicvenți;
- în doar 25,3% din cazuri minorii care au săvârșit acte delicvente de grup provin din familii dezorganizate;
- 87% din acești tineri au o școlarizare sub medie;
- 39% din minori nu aveau alt mod de subsistență decât prin săvârșirea de infracțiuni;
- 89,4% din minorii de peste 14 ani și-au început viața sexuală,

- 16,5% se preocupă să-şi îmbunătățească imaginea proprie în ochii celorlați membrii,
- 44,7% caută un mediu care să le asigure securitate emoțională, stabilitate şi confort (Siegel, L.J. şi Welsh, B.C., 2009, pp. 130-136).

Considerând devianța ca un produs direct al dezorganizării sociale unii autori evidențiază faptul că delicvenții juvenili crescuți în zonele defavorizate economic comit alt gen de infracțiuni decât delicvenții minori din zonele rezidențiale. Privind valorile sociale ca un important suport în determinarea comportamentului deviant al tinerilor, criminologii consideră că subcultura reprezintă o subdiviziune a modelelor culturale la care participă o parte din grupurile sociale. Din acest motiv, orice subcultură are un sistem valoric diferit de cel al societății. Acest fenomen este amplificat, de tendința asocierii minorilor în „subculturi predelicvente" sau „bande de la marginea străzii" care oferă tânărului atât un sentiment de solidaritate cu cei ca el, cât şi o identitate în numele căreia îşi poate procura o serie de satisfacții hedoniste imediate şi se poate revolta împotriva sistemului social considerat inechitabil. Shaw şi McKay (1942) susțin că delincvența juvenilă este o consecință a dificultăților materiale, că are o strânsă legătură cu mediul din care provine tânărul cu educația pe care o primeşte (în familie şi mai ales în şcoală) şi că majoritatea delincvenților minori provin din familii dezorganizate.

4.1.6. Influența mass-media şi delincvența juvenilă

Influențarea modului de viață de catre mass-media, poate avea şi efecte nocive, în special asupra adolescenților, aflați într-o continuă căutare de sine.

Pericolul emisiunilor cu scene violente nu crează agresivitatea dar contribuie la transformarea ei în violență, acolo unde ea există deja. Au impact delicvențional şi filmele, emisiunile prin care se promovează un stil de viață facil şi luxos, iluzie căreia îi cad deseori tinerele, care comparându-se mereu cu vedetele în vogă, încep să se folosească de farmecele personale – considerate o investiție minimă – pentru a obține anumite avantaje. Acesta este însă primul pas spre prostituție.

Jean Chazal (1983) consideră că legătura dintre cinematograf şi delicvență este mai mult orizontală decât verticală, în sensul că cinematograful nu este o cauză directă a delicvenței juvenile. În acest sens, afirma că atât delincvența juvenilă cât şi vizionarea abuzivă de imagini violente sunt efectele paralele ale unei vieți rău organizate.

Tabel 6: Corelația între timpul de vizionare a emisiunilor violente și dezvoltarea comportamentului antisocial

Timpul de vizionare a emisiunilor violente	Procent delicvent
Zilnic	64%
4--5 ori / săptămână	21%
2-3 ori / săptămână	12%
Mai rar de o dată pe săptămână	3%

Sursa: Jean Chazal (1983)

4.1.7. Rolul factorilor economici în determinarea comportamentului deviant

Explicarea condițiilor care dau naștere sărăciei a generat elaborarea a numeroase teorii. În concordanță cu teoriile tradiționale, sărăcia reprezenta nu o condiție socială determinată de inegalitățile structurale existente în societate, ci o problemă indezirabilă generată de conduita imorală și devianța unor indivizi. În reglementările britanice din secolul al XVI-lea, pauperismul era considerat infracțiune și sancționat ca atare. Conform concepțiilor morale ale timpului, săracii erau considerați o subcategorie socială, formată din „ființe degenerate" care aleg în mod deliberat calea sărăciei. Aceste concepții urmau fidel interpretările Școlii Clasice de Criminologie, care aprecia că infractorii ajung în această condiție fiindcă reping soluțiile legitime și aleg calea ilegală. Această concepție a fost abandonată o dată cu apariția darwinismului, care adopta teoria cu privire la lupta pentru supraviețuire, care permite celor puternici să acumuleze bunuri, rezervându-le celor slabi o viață plină de privațiuni.

Lucrarea lui Max Weber „Etica protestantă și spiritul capitalismului" a adus în centrul interpretărilor noțiunea de predestinare, în raport cu care numai cei aleși de Dumnezeu sunt favorizați de soartă. Conceptul este acceptat de biserica catolică, în opoziție cu concepțiile protestante, care consideră succesul economic ca un semn al grației divine, iar sărăcia ca un simbol al decadenței morale și un semn al dizgrației divine. Toate aceste concepții de natură religioasă au fost înlăturate ca urmare a apariției unei interpretări mai liberale bazată pe noțiunea de „cultură a sărăciei". În acord cu această interpretare, dificultățile de care se lovesc oamenii săraci se datorează în primul rând normelor, stilurilor lor de viață. Aceste elemente culturale sunt determinate de lipsa oportunităților de participare și integrare în cadrul societății largi, care izolează societatea săracă între frontierele ghetto-urilor. Aici stilurile de viață sunt bazate pe frustrare, alienare, dependență, complexe de inferioritate. Astfel, sărăcia devine un mod de viață ce creează un cerc vicios din care nu se poate ieși. Din cauza sărăciei copiii nu urmează formele de învățământ ce le-ar oferi o carieră și venituri rezonabile și, nereușind să câștige în de-ajuns, rămân săraci. Cei care trăiesc în condiții de sărăcie dezvoltă un sistem

de valori şi convingeri ce reprezintă, de fapt o soluție la problemele cu care se confruntă. Acest mod de adaptare implică o multitudine de trăsături, ca: pasivitatea, resemnarea, orientarea la prezent şi ignorarea viitorului, fatalismul şi lipsa de putere, nivelul scăzut al aspirațiilor, tendința spre devianță.

Unii sociologi consideră că actele şi comportamentele delicvente ale tinerilor provenind din clasele sociale defavorizate nu pot fi considerate deviante, deoarece se conformează modelelor culturale ale acelei clase. Esența acestei culturi constă în fapt, în violarea deliberată a normelor sociale ale clasei mijlocii. Este cert ca nu toți delicvenții minori provin din familii sărace, dar aceştia reprezinta mediul cel mai expus delicvenței. Insuficiența bugetului familial, precum şi dificultățile materiale obiective prezente în unele familii reprezintă condiții care afectează buna funcționare a grupului familial, conducând la tensiuni, conflicte.

Legătura strânsă dintre delincvența juvenilă şi sărăcie este o realitate necontestată, percepută din cele mai vechi timpuri. Ray şi Ina Jeffery (1969, pp. 325-336) sunt de părere că sărăcia din familie este asociată cu delincvența, dar sărăcia nu cauzează delincvența. Programele economice pot atenua acest factor cu implicații criminogene, dar ele nu pot rezolva în totalitate aceasta problemă. O protecție socială eficientă, corelată cu programe educative structurate pe nevoile sociale ar realiza acelaşi obiectiv: diminuarea procentului criminal juvenil. Economia de piață realizează cadrul stratificarii sociale, prin polarizarea societății în săraci şi bogați, micşorându-se pătura socială mijlocie. Deseori copiii provenind din familii cu posibilități materiale reduse (dar care le oferă strictul necesar), îşi crează complexe de reală inferioritate față de colegii lor de vârstă cu posibilități materiale mai mari. Această situație este prezentarea materială a conceptului de inegalitate economică.

David, J. şi Richardson, A. (2008, p. 33) considerau vinovată, de creşterea delicvenței juvenile, inegalitatea economică şi nu sărăcia. Alte studii corelează inegalitatea socială cu infracțiunile contra patrimoniului, astfel se consideră drept cauză principală a furturilor săvârşite de minori divergența dintre posibilitățile materiale şi nevoia de a avea ce au alții.

Bailey W. (1966) în „Delinquency în Society" (Regoli, M.R. şi colab. (ed.), 2010, pp. 118-125) accentuează relația dintre inegalitatea socială şi infracțiunile contra persoanei. Persoanele cu venituri mai mici sunt supuse unui factor de stres suplimentar. Deseori, intrând în contact cu alte persoane şi, aflând de realizările financiare ale acestora apar sentimente de invidie, frustrare Aceste sentimente suprapuse pe reala neputință de a realiza venituri mai mari, pot declanşa o stare de continuu disconfort care dă naştere la izbucniri violente. Factorul criminogen este în acest caz un mixaj între factorii psihologici şi inegalitatea economică. Această stare este multiplicată prin crearea unei imagini artificiale de către televiziune, cinematograf, a unei vieți facile şi luxoase. Aceste

instituții vând o imagine comercială care se află în visele fiecăruia din noi, dar pe care le conștientizăm doar în momentul unei abordări tangibile. Minorul aflat în posesia unui obiect de mare valoare, furat (o mașină de lux), se simte satisfăcut de două ori: se identifică cu personajul din film ce conduce o mașină asemănătoare și simte că a învins societatea care-i limitează accesul la acel bun. Deși nu se poate stabili statistic procentul în care inegalitatea economică influențează delincvența juvenilă, nu se poate face abstracție de acest factor criminogen.

4.2. Importanța analizei factorilor de risc în elaborarea programelor de prevenire a consumului de droguri

Numeroase studii realizate în ultimele două decenii au încercat să lămurească originile și evoluția consumului abuziv de drog, felul în care apare și se dezvoltă problema. S-au identificat factori care diferențiază între persoanele care recurg și cele care nu recurg la droguri. Factorii asociați cu un potențial crescut de consum sunt numiți factori de „risc". Cei asociați cu scăderea acestui potențial sunt denumiti factori „protectori". Un factor de risc este definit ca orice factor ce este corelat cu acțiuni, comportamente ce au consecințe negative. Factorii protectivi sunt cei care reduc impactul comportamentelor de risc, ajută individul să nu se angajeze în comportamente potențial dăunătoare și/sau promovează o cale alternativă (Spooner, Hall și Lynskey, 2001).

Cercetările au demonstrat existența unui număr mare de factori de risc în ceea ce privește abuzul de droguri. Factorii de risc pot fi corelați cu aspecte personale, familiale sau școlare. De exemplu, teoria bio-psiho-socială asupra abuzului de substanțe susține faptul că adolescenții recurg la consumul de alcool și alte droguri pentru a face față problemelor curente.

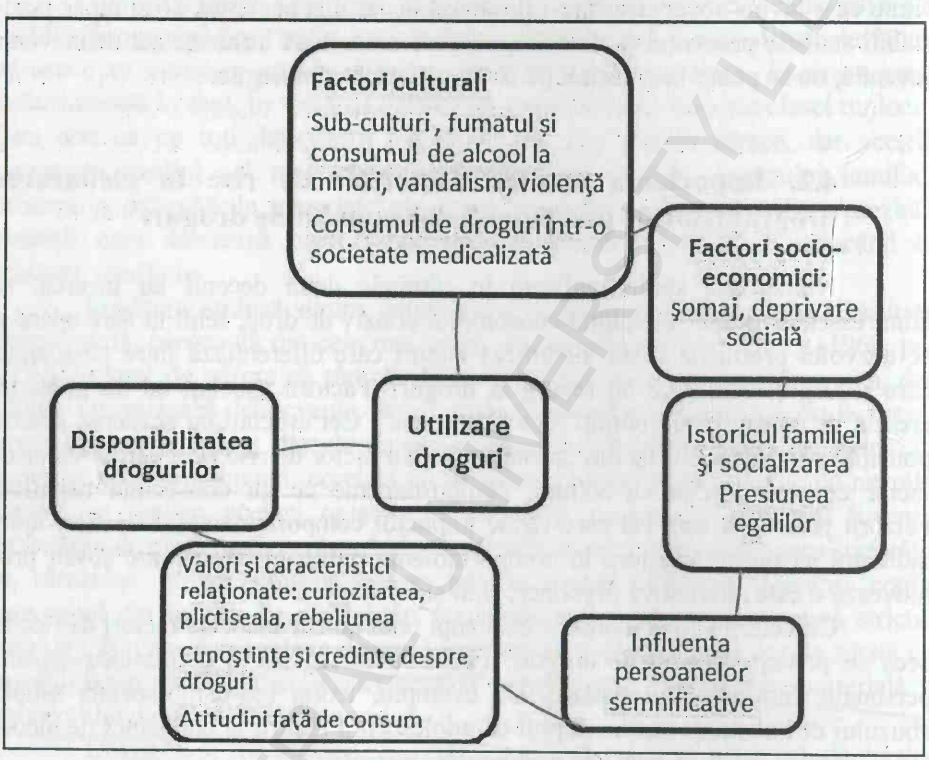
Factorii de risc asociați contextului familial sunt: mediu familial nociv, în special când părinții sunt consumatori abuzivi de substanțe, conflicte în cadrul familiei și lipsa unei relații apropiate între părinte și copil, educație inadecvată și condiții precare oferite de către părinți.

Alți factori de risc vizează felul în care tinerii interacționează cu școala, colegii sau liderii și comunitatea din care fac parte Acești factori se manifestă prin tulburări de comportament, eșecuri școlare, abilități reduse de funcționare socială, marginalizarea de către grupul de egali încă din primele etape ale vieții școlare. Accesul facil la droguri sau credința că drogurile nu sunt dăunătoare influențează numărul tinerilor care încep să consume droguri.

Între factorii protectivi (cei mai adesea identificați) regăsim: legături puternice în cadrul familiei, reguli clare și ferme impuse de către părinți, implicarea părinților în viața copiilor lor, rezultate bune la școală. Factori care deter-

mină consumul de droguri, după Health Promotion Agency (2002) sunt prezentați în figura 8.

Figura 8: Factori determinanți ai consumului de droguri



Sursa: adaptare după Health Promotion Agency (2002)

În lucrarea lor, Jessor și Jessor (1977, p. 33) definesc comportamentul de risc ca pe un angajament în comportamente sociale, definite, de normele sociale și de instituția autorității părintești, ca probleme, surse de îngrijorare, sau indezirabile și care necesită un răspuns social în termenii controlului.

Definirea comportamentelor de risc se concentrează pe două concepte: *potențialul risc sau pericol* pentru individ *și potențiala recunoaștere, recompensă sau realizare* ce rezultă din acest comportament (Byrnes, Miller și Schafer, 1999, pp. 367-383; Leigh, B., 1999, pp. 371-383).

Cercetările care vizează comportamentele de risc includ: consumul de alcool și tutun, condusul periculos, comportamentul sexual de risc, agresiunile interpersonale și comportamentul delincvent (Boyer, T., 2006, pp. 291-345). Este cunoscut că aceste tipuri de comportament se formează și se consolidează în

special la vârsta adolescenței (Finer și Henshaw, 2006, pp. 90-96; Windle și colab., 2008, pp. S273-S289), iar factorii care potențează aceste comportamente trebuie bine înțeleși pentru a putea fi dezvoltate programe de prevenție.

Termenul de prevenție include orice activitate care vizează modificarea, reducerea sau întârzierea inițierii consumului de alcool, tutun și droguri într-o anumită perioadă de timp. Deși această definiție pare unanim acceptată, cercetătorii, politicienii și practicienii înțeleg în mod diferit acest concept. Profesioniștii din domeniul sănătății definesc prevenția ca fiind orice activitate de reducere a cererii menită să modifice comportamentul și astfel să reducă dorința de a fuma, bea alcool sau consuma droguri. În multe situații, această abordare se limitează doar la activitatea de prevenție primară. Scopurile ei generale sunt:

- promovarea non-uzului sau abstinenței;
- ajutarea tinerilor să refuze consumul de substanțe psihoactive;
- informarea tinerilor asupra riscurilor consumului/abuzului de substanțe psihoactive;
- întârzierea debutului în consum, în special în cazul drogurilor licite, ca alcoolul si tutunul;
- promovarea alternativelor sănătoase, non-drog.

Este extrem de important a corela activitatea de prevenție cu mediul cultural în continuă schimbare al tinerilor si cu modificările pattern-urilor de consum. Pe măsură ce grupul de adolescenti înaintează în vârstă, se impune diferențierea în patru categorii:

- grupul de tineri care nu au recurs niciodată la droguri și au o atitudine predominant negativă cu privire la aceste substanțe;
- foștii consumatori, care după o perioadă de experimentări au decis să renunțe pentru totdeauna la consum și au dezvoltat o atitudine negativă față de consum;
- grupul de tineri aflați într-o perioadă de tranziție, care au recurs candva la droguri și se gândesc să repete această experiență în viitor; atitudinea lor în ceea ce privește drogurile este una pozitivă;
- consumatorii curenți care au recurs la droguri, intenționează să continue consumul și care au o atitudine pozitivă asupra drogurilor.

Conform teoriei moderne, obiectivele activității de prevenție ar trebui să fie întărirea factorilor protectori și diminuarea factorilor de risc. Ambele grupe de factori ar trebui corelate cu fondul genetic al individului, cu personalitatea sa, precum și cu mediul familial, social și fizic din care face parte.

Activitatea de prevenție este înțeleasă, în general, ca fiind o activitate de reducere a ofertei. Cu cât substanțele psihoactive sunt mai puțin disponibile, cu atât scade probabilitatea inițierii consumului de drog. Exemple de prevenție prin reducerea ofertei sunt: controlul prețurilor și impozitarea (alcool, tutun), limitarea accesului (de exemplu, interzicerea vânzării de alcool sub vârsta de 18 ani),

creşterea siguranței publice şi, bineînțeles, aplicarea legilor. Acest tip de abordare poate lua diverse forme, de la amenzi pentru conducerea unui autovehicul sub influența alcoolului, până la prohibiția totală (SUA). O altă abordare a programelor de prevenție pune accent pe creşterea conştientizării pericolului şi pe promovarea stilurilor de viață sănătoase în rândul tinerilor şi al populației în general. Aceste activități includ campanii de informare publică, suport financiar pentru activitățile de prevenție şi formare a profesioniştilor în educație şi care activează în organizații sociale şi de sănătate.

Programele de prevenirea la scară largă, au menirea de a aduce informații utile referitoare la efectele negative pe care comportamentul de risc le implică, dar au o rată de reuşită scăzută atunci când se pune problema prevenirii implicării tinerilor în comportamente de risc. (Malow, R.M., şi colab., 2007, pp. 173-180). Spre exemplu, o evaluare a strategiilor universale (adresate tuturor tinerilor) de prevenire a consumului de alcool a concluzionat că eficacitatea acestora este foarte scăzută (Foxcroft, D.R. şi colab., 2003, pp. 397- 411).

În contrast cu aceste programe, de tip *one-size-fits-all*, programele de prevenire de tip individual, bazate pe competențe individuale, şi-au dovedit eficacitatea în reducerea comportamentelor de risc (Ingram, B.L.şi colab., 2008, pp. 374-383.). Un interes deosebit a fost acordat în aceste tipuri de programe caracteristicilor de personalitate care duc la adoptarea comportamentelor de risc de către o parte dintre tineri (Conrod, P., şi colab., 2008, pp. 181-190; 2006, pp. 550-563; 2000, pp. 231-242.)

Diferiți factori de risc sau protectivi influențează atitudinile şi comportamentul tinerilor atunci când avem în vedere consumul de substanțe. Analiza acestor factori este o coordonată utilă în întocmirea, analiza şi evaluarea programelor de intervenție/tratament.

Studiile efectuate relevă faptul că promovarea de măsuri, campanii, activități care să aibă în centru factorii protectivi (biologici, psihologici, sociali), în special când grupul țintă îl reprezintă tinerii, oferă o alternativă viabilă pentru promovarea şi menținerea unui stil de viață fără consum de substanțe (OMS, 2002, p. 22).

Cercetările evidențiază că există o multitudine de factori de risc ce pot creşte şansele adolescenților de a dezvolta comportamente dăunătoare precum şi, o multitudine de factori – protectivi – cu rolul de a preveni comportamente precum consumul de substanțe.

Hawkins, J.D., Catalano R.F. şi Miller, J.Y. (1992, pp. 64-105) identifică între factorii de risc, specifici adolescenților, determinanți ai consumului de alcool, tutun, droguri, *factori contextuali* (în strânsă legătură cu structura societății şi cu cultura acesteia), *factori individuali* şi *factori interpersonali*. Cu cât numărul factorilor de risc este mai mare cu atât riscul debutului, menținerii sau întăririi comportamentelor adictive este mai crescut. Autorii au identificat factori

protectivi, ce au la bază modelul dezvoltării sociale și care evidențiază rolul familiei, școlii, bisericii și grupului de prieteni. Tinerii care au o legătură strânsă și pozitivă cu școala sunt mai puțin predispuși riscului de a începe să consume substanțe sau să dezvolte comportamente deviante (Hawkins, J.D., 1999, pp. 226-234; McNeely, C.A, și colab., 2002, pp.138-146).

Jason, L.A., și Rhodes, J.E. (1998, pp. 395-401) dezvoltă modelul stresului social care aduce în atenție că: atunci când se întocmesc planurile de intervenție, trebuie puși în balanță factorii de risc precum și cei protectiv atât pentru individ, cât și pentru comunitate. Factorii de risc includ stresul, normalizarea și experiențele legate de consumul de substanțe iar factorii protectivi sunt atașamentul, abilitățile și resursele. Spooner, C., Hall, W., și Lynskey, M. (2001) găsesc că acest model are limite în sensul că factorii identificați nu sunt strict asociați cu factorii de risc și de protecție. Programul Organizației Mondiale referitor la Abuzul de Substanțe a modificat acest model incluzând efectele substanțelor, răspunsul indivizilor la consumul de substanțe precum și variabile legate de mediul social și cultural. Acest model permite o mai bună înțelegere a vulnerabilității la comportamentele de risc prin analiza factorilor de risc și a factorilor protectivi. Modelul include următoarele componente care influențează vulnerabilitatea:

- stresul: evenimente majore în viață, probleme de zi cu zi, transformări specifice etapei adolescenței;
- normalizarea consumului de substanțe: aplicarea legii, accesibilitatea, prețul, reclama, sponsorizarea și promovarea, prezentarea în mass-media, rolul culturii;
- atașamentul: atașamentul pozitiv (legat de persoane, animale, obiecte, instituții suportive) atașamentul negativ (leagă individul de persoane și instituții asociate cu consumul de substanțe).
- abilitățile sunt acele capacități care îi permit individului să reușească în viață. Iau forma strategiilor de coping incluzând comportamente și abilități sociale care îl ajută pe individ să gestioneze stresul;
- resursele: resurse individuale precum dorința de a munci și resurse din mediul înconjurător precum școala, resurse financiare, persoane suport (ESCAP 2000).

Jessor, R. (1998). a dezvoltat un model conceptual interdependent al factorilor de risc și al celor de protecție specific pentru adolescenți și care include: factori biologici și genetici, factori de mediu, personalitatea și comportamentul.

Factorii de risc includ: istoricul familiei legat de consumul de substanțe, sărăcia, modele de comportament deviant, accesul scăzut la resurse de viață și slaba implicare a școlii. Factorii protectivi includ: un nivel crescut de inteligență, prestigiul școlii, modele de comportament adecvat, și implicarea în organizații religioase. Interrelaționarea acestor factori influențează stilul de viață al ado-

lescenților în toate componentele sale: probleme comportamentale, probleme legate de implicarea în viața școlară, probleme legate de starea de sănătate, iar aceste comportamente pot afecta însăși viața individului. De exemplu comportamente de risc precum: consumul de substanțe, alimentația nesănătoasă, lipsa de la școală fără motiv pot duce la eșec școlar și ulterior la dificultăți în găsirea unui loc de muncă (Spooner, Hall, și Lynskey, 2001).

Jessor și colab.(1998) aduc în atenție, prin teoria problemelor de comportament că, recunoașterea factorilor de risc și a factorilor protectivi trebuie să aibă în vedere interacțiunea dintre indivizi și mediul în care aceștia trăiesc. Teoria se bazează pe interacțiunea dintre trei variabile psihosociale: sistemul de personalitate (valori, credințe personale, expectanțe, atitudini și orientarea către sine și către societate), percepția despre mediu (sistemul atitudinilor părinților și grupului de prieteni despre comportament) și sistemul comportamental ce poate cuprinde atât comportamente ilicite precum consumul de substanțe cât și comportamente convenționale precum implicarea în activități religioase. Legăturile dintre aceste variabile vor determina tipul de comportament ce va fi adoptat de către adolescenți.

Bernard (1991) propune un model care se axează pe factorii protectivi și care ajută tânărul să dezvolte „reziliența" în a rezista tentației de a consuma substanțe. Reziliența este capacitatea de a pune în balanță factorii de risc și factorii protectivi. Schimbarea balanței este determinată de frecvența, durata și de intensitatea factorilor (fie de risc fie protectivi), dar și de stadiul de dezvoltare a individului în care acești factori apar și se manifestă (Shane, D. A., 1999).

Autorul identifică patru mari arii în care factorii protectivi operează: individul, familia, școala și comunitatea. Caracteristicile individuale care țin tânărul departe de acțiunile deviante sunt: competențele sociale, abilitățile în rezolvarea problemelor, autonomia și fixarea scopurilor. Factorii protectivi la nivel de familie, școală, comunitate includ: grija, suportul, așteptările și încurajarea participării tinerilor).

Analiza cercetărilor Organizației Mondiale a Sănătății(2001) a identificat ca factori de risc: conflictele în familie și existența grupului de prieteni în care este permis și încurajat consumul de substanțe, iar ca factori protectivi: relații pozitive cu familia, părinți care transmit norme și valori, un climat școlar pozitiv și prezența credințelor spirituale. Atât factorii de risc, cât și cei protectivi sunt întâlniți la următoarele niveluri:

- la nivel individual, experiențele de viață au un rol mai important în dezvoltarea comportamentelor adictive decât factorii genetici. Determinante sunt suportul și grija din partea familiei, calitatea relațiilor cu școala, abilitățile și competențele sociale, precum controlul sentimentelor și stabilirea scopurilor. Mai mult decât atât, adolescenții care au credințe morale și

religioase solide și care nu se lasă influențați de prietenii lor (implicați în comportamente deviante), nu vor dezvolta comportamente deviante;

- la nivelul grupului de prieteni, alegerea grupului de prieteni și natura relațiilor stabilite în cadrul și cu acest grup, sunt determinante. Diferența apare din natura grupului la care se asociază adolescentul – grupuri ce adoptă și promovează un stil de viață pro-normativ sau grupuri ce adoptă sau promovează un stil de viață deviant;
- la nivel familial, factorii includ: istoricul familial de consum, eficacitatea gestionării relațiilor din familie, comunicarea și disciplina, structura strategiilor de coping, gradul de atașament dintre copii și părinți, natura regulilor și a expectanțelor din partea părinților precum și calitatea relațiilor în cadrul familiei extinse. Adolescenții care provin din familii ce promovează un sistem de valori și norme morale și a căror structură este una autoritar-suportivă sunt mai puțin predispuși să dezvolte comportamente deviante;
- la nivel societal și comunitar, factorii includ existența unui sistem de atitudini și norme care incriminează comportamentele deviante;
- la nivelul relațiilor cu școala adolescenții care au relații pozitive cu profesorii, frecventează școala cu regularitate, au rezultate școlare bune și un mediu școlar pozitiv sunt mai puțin predispuși în a dezvolta comportamente deviante (Global Youth Network, 2002; NIDA, 1997) O altă țintă a programelor de prevenție este creșterea performanțelor școlare și întărirea legăturilor elevilor cu școala prin conferirea unui sentiment de apartenență și succes, reducându-se astfel pericolul abandonului școlar.

Majoritatea programelor de prevenție dezvoltate în școli include stimularea relațiilor pozitive cu egalii (de exemplu, promovarea activă a activităților sportive, promovarea unui mediu tolerant, nonviolent) și o componentă normativă, destinată a corecta percepția greșită conform căreia majoritatea elevilor ar consuma droguri. Atunci când elevii cunosc efectele negative ale drogurilor (fizice, psihice și sociale), ei tind să evite inițierea consumului.

Cel mai dificil de implementat pare a fi un sistem educațional orientat mai puțin spre rezultate cuantificabile. În cazul unui asemenea sistem de educație, nivelul și cantitatea de informație, împreună cu accentul pus pe rezultatele „bune" la învățătură, pun mulți copii în situația de a nu se putea ridica la nivelul cerințelor părinților și profesorilor. Acest lucru poate avea un impact negativ important asupra autostimei și încrederii în sine ale copiilor, calități foarte importante în capacitatea de a rezista la oferta de drog. (OMS, 2001).

Programele de intervenție ar trebui astfel proiectate încât să reducă efectele comportamentelor de risc și să mărească efectele comportamentelor protective. Analiza literaturii de specialitate (tabel 7) aduce în atenție factorii de risc și factorii de prevenție atunci când se proiectează modaltățile de intervenție pe niveluri specifice de acțiune.

Tabel 7: Factori de risc și factori protectivi în proiectarea modalităților de intervenție

Nivel	Factori de risc	Factori protectivi
Individual/ grup de prieteni	Asocierea cu prieteni/colegi care sunt implicați în comportamente deviante, consum de substanțe (Hawkins, Catalano și Miller, 1992; Jessor și colab., 1995; NIDA, 1997; Marsh, 1996; Lane și colab., 2001) Atitudini favorabile consumului de substanțe, cunoștințe despre droguri (Hawkins, Catalano și Miller, 1992; Spooner, Hall și Lynskey, 2001) Implicarea în activități infracționale, furt din magazine, încăierări pe stradă (Lane și colab., 2001) Dezvoltarea timpurie a problemelor comportamentale, debutul consumului la vârstă mică (Hawkins, Catalano și Miller, 1992; Spooner, Hall și Lynskey, 2001) Stimă de sine scăzută, sentimente negative despre viață (Jessor și colab., 1995) Predispoziții ereditare (Spooner, Hall, și Lynskey, 2001) Așteptări scăzute privind reușita în viață (Jessor și colab, 1995) Modelul anti-social oferit de grupul de prieteni (NIDA 1997, Lane și colab., 2001) Personalitatea, lipsa reperelor sociale, alienare, revoltă (Hawkins, Catalano și Miller, 1992; Spooner, Hall și Lynskey, 2001) Factori psihologici-căutarea de senzații, curiozitatea, lipsa controlului impulsivității (Hawkins, Catalano și Miller, 1992; Marsh, 1996) Lipsa asistării sociale (Jessor, 1991) Slabe strategii de adaptare (Spooner, Hall și Lynskey, 2001)	Apartenența la grupuri care descurajează comportamentele deviante și consumul de substanțe (Jessor și colab., 1995; NIDA, 1997) Strategii de adaptare adecvate incluzând: empatia, rezolvarea problemelor, (Spooner, Hall și Lynskey, 2001) Intoleranța cu privire la comportamentul deviant (Jessor și colab., 1995) Credințe și valori morale (Spooner, Hall și Lynskey, 2001) Înțelegerea corectă a comportamentelor de risc (Lane și colab., 2001) Promovarea unor atitudini și comportamente puternic orientate împotriva consumului de substanțe în rândul colegilor (Lane și colab., 2001) Controlul social și sancționarea celor care nu respectă regulile (Jessor și colab., 1995) Relații pozitive cu adulții (Jessor și colab., 1995) Credințe și practici morale și religioase (Lane și colab., 2001) Abilități de relaționare socială (Hawkins, Catalano și Miller, 1992, Spooner, Hall și Lynskey, 2001)

Nivel	Factori de risc	Factori protectivi
Familie	Mediul familial dezorganizat (NIDA, 1997) Familii conflictuale (Hawkins, Catalano și Miller, 1992; Lane și colab., 2001) Lipsa relațiilor familiale, atașament scăzut, lipsa suportului în familie (Hawkins, Catalano și Miller, 1992; NIDA, 1997, Marsh, 1996; Spooner, Hall și Lynskey, 2001) Model familial de consum (părinți sau alți membri ai familiei consumatori sau care promovează un stil de viață pro- consum) Hawkins, Catalano și Miller, 1992; NIDA, 1997, Marsh, 1996; Lipsa abilităților părintești (Hawkins, Catalano și Miller, 1992 NIDA, 1997; Spooner, Hall și Lynskey, 2001) Așteptări nerealiste din partea părinților	Oportunități educaționale și suport pentru părinți (educarea părinților-cum se formează disciplina, cum se gestionează conflictele) Hawkins, Catalano și Miller, 1992 Monitorizarea copiilor și stabilirea unui sistem de reguli clare din partea părinților (NIDA 1997) Mediu familial stabil și securizant (Spooner, Hall și Lynskey, 2001) Atașament puternic copii-părinți (NIDA 1997, Spooner, Hall și Lynskey, 2001, Lane și colab., 2001) Norme, reguli familiale puternice (Spooner, Hall și Lynskey, 2001) Familie armonioasă, părinți grijulii și suportivi (Spooner, Hall și Lynskey, 2001)
comunitate	Accesul facil la substanțe (Hawkins, Catalano și Miller, 1992; Spooner, Hall și Lynskey, 2001, Lane și colab., 2001) Expunerea la violență Deprivare economică (Hawkins, Catalano și Miller, 1992; Spooner, Hall și Lynskey, 2001) Lipsa legislației sau legislație inadecvată (Spooner, Hall și Lynskey, 2001) Sancțiuni legislative blânde (Hawkins, Catalano și Miller, 1992) Comunități dezorganizare și/sau conflictuale-tabere pentru refugiați zone de conflict (Hawkins, Catalano și Miller, 1992; Spooner, Hall și Lynskey, 2001) Acceptarea comportamentelor deviante și a consumului de substanțe în comunitate (NIDA, 1997)	Accesul la servicii de suport (Spooner, Hall și Lynskey, 2001) Norme culturale care sancționează consumul (Spooner, Hall și Lynskey, 2001) Legături stânse cu instituții ce promovează atitudini pro-sociale-biserică, ONG-uri (Spooner, Hall și Lynskey, 2001)

Nivel	Factori de risc	Factori protectivi
şcoală	Eşec şcolar, slabe rezultate şcolare (NIDA,1997; Hawkins, Catalano şi Miller, 1992; Spooner, Hall şi Lynskey, 2001) Lipsa implicării instituției şcolare în comunitate (Hawkins, Catalano şi Miller, 1992; Jessor, 1991; Spooner, Hall şi Lynskey, 2001) Respingerea de către colegi în clasele primare (Hawkins, Catalano şi Miller, 1992) Aşteptări neadecvate	Modificări la nivel structural şi organizațional- întărirea legăturilor şcoală, comunitate, societate, abordarea diferită a disciplinelor de studiu, apropierea faşă de elevi (Hawkins, Catalano şi Miller, 1992) Orientare către şcoală (Jessor şi colab, 1995; Spooner, Hall şi Lynskey, 2001; Lane şi colab, 2001) Climat şcolar pozitiv (Spooner, Hall şi Lynskey, 2001) Atitudini pro-sociale în grupul de colegi (Spooner, Hall şi Lynskey, 2001) Reguli şcolare care descurajează delincvența şi comportamentul abuziv (Spooner, Hall şi Lynskey, 2001) Performanțe şcolare şi recunoaşterea lor (NIDA, 1997, Spooner, Hall şi Lynskey, 2001)

4.3. Metode şi principii de tratament în adicții

Consumul de substanțe poate duce la adicție şi ulterior la dependență ceea ce rezultă,în final, este o maladie ce poate fi tratată. Scopul final al tratamentului este abstinența, dar acesta presupune atingerea obiectivelor pe termen scurt: reducerea consumului, îmbunătățirea capacităților de funcționare normală şi reducerea riscurilor medicale determinate de consumul de substanțe (NIDA, 2002). Există diferite modalități de tratament funcție de tipul de substanță, de stadiul consumului şi nu în ultimul rând de vârsta consumatorului.

În World Drug Report (2002) sunt prezentate cinci mari modalități de abordare a tratamentului în cazul consumului de droguri: abordarea bio-fizică (tratează întâi efectele fizice şi ulterior cele psihice sau emoționale fără a folosi medicamente sau terapia de substituție), abordarea farmacologică, abordarea psihologică, comunitățile terapeutice şi modalitățile tradiționale de vindecare. Tratamentul este urmat de etapa de integrare socială şi de monitorizare în scopul prevenirii recăderii. În ceea ce priveşte grupul de adolescenți, tratamentul trebuie

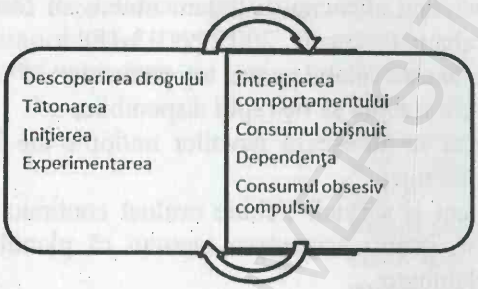
să țină seama de particularitățile dezvoltării acestora precum și de particularitățile mediului în care trăiește având în vedere posibilitatea existenței unor afecțiuni psihiatrice, a stării de sănătate, a deficitului de învățare și a problemelor familiale (Swadi, 2000). Tratamentul poate fi: pe termen scurt (mai puțin de șase luni) terapie rezidențială (centre specializate în tratamentul adicțiilor), terapie medicamentoasă și terapie în ambulatoriu pentru menținerea abstinenței. Terapiile pe termen lung includ: menținerea cu metadonă, tratamentul în ambulatoriu pentru consumatorii de opioide și reintegrare socială prin programe de reabilitare bazate pe comunitate (NIDA, 2002).

În ceea ce privește eficacitatea tratamentului, au fost identificate următoarele principii (Abraham, P., coord., 2005, pp. 13-15):

- nici un tratament nu este valabil pentru toți pacienții;
- nevoile de tratament trebuie să fie rapid disponibile;
- tratamentul eficient se adresează nevoilor multiple ale individului nu doar consumului de substanțe;
- un plan de tratment și servicii trebuie evaluat continuu și modificat atunci când este necesar, pentru asigurarea faptului că planul răspunde nevoilor individuale de schimbare;
- rămânerea în tratament pentru o perioadă îndelungată de timp este esențială pentru eficiența tratamentului;
- consilierea (individuală sau de grup) și terapiile comportamentale sunt componente esențiale ale tratamentului, eficient, pentru adicții;
- medicația este un element important al tratamentului pentru mulți pacienți, mai ales când este combinată cu consilierea psihologică și cu psihoterapia comportamentală;
- indivizii cu dependență și afecțiuni psihice coexistente trebuie tratați într-o manieră integrată;
- dezintoxicarea fizică este doar o primă etapă în tratamentul adicțiilor, și în absența altor abordări, oferă puțin, pentru schimbarea pe termen lung a comportamentului de consum;
- tratamentul nu trebuie să fie voluntar pentru a fi eficient;
- posibilitatea de reluare a consumului de droguri trebuie monitorizată continuu;
- programele de tratment trebuie să asigure evaluarea pentru HIV/SIDA, hepatita B și C, TBC și alte boli infecțioase, consilierea pentru sprijinirea pacienților, în schimbările comportamentale cu risc pentru ei înșiși și pentru alții;
- recuperarea este un proces pe termen lung și necesită multiple tranșe de tratament.

Literatura de specialitate arată necesitatea unui continuum de tratament ce începe cu prevenirea timpurie şi campanii de sensibilizare, conştientizare, continuă cu identificarea tipului de tratament impus de fiecare caz în parte şi se încheie cu monitorizarea ce are ca scop reintegrarea socială a individului. Pandina (1986) identifică într-un studiu longitudinal efectuat pe copii şi tineri (6-24 de ani) un model progresiv de achiziţionare şi menţinere a consumului de drog în şase etape.

Figura 9: Debutul şi menţinerea consumului de droguri



Sursa: Pandina (1986)

În funcţie de stadiul de consum, diferite metode de tratament sunt indicate. Adecvarea metodei de tratament la necesităţile individului este esenţială pentru reuşita programului de reintegrare socială. În lucrul cu tinerii, consumatori de substanţe, accentul trebuie pus pe reducerea factorilor de risc şi întărirea factorilor protectivi, cât mai curând posibil, aşa încât aceştia să nu ajungă într-un stadiu, al consumului, în care intervenţia să fie dificil de realizat.

4.3.1. Modalităţi de intervenţie în funcţie de stadiul consumului

Plecând de la teoria schimbării, Swadi, H.(2000, pp. 201-210) identifică modalităţi de tratament specifice fiecărei etape de consum. În faza de tratment, adolescenţii trebuie abordaţi în altă manieră decât adulţii deoarece etapa de dezvoltare pe care o traversează aceştia este una puternic influenţată de grupurile de prieteni, colegi şi au un sistem diferit de credinţe şi valori.

Tratamentul trebuie să aibă în vedere experienţa adolescenţilor – dezvoltarea cognitivă, emoţională, fizică şi socială precum şi motivele ce i-au determinat să consume droguri. (Winters, K., 1999 http://www.tresearch.org/resources/specials/2005Jan_AdolescentTx.pdf).

Figura 10: Corelația între stadiile consumului, comportamentul consumatorului și persoanele implicate în tratament

Stadiul schimbării Prochaska și DiClemente (1982)	**Consumatorul**	**Persoanele implicate în tratament**
Pre-contemplare	Nu se gândește să renunțe la consum în viitorul apropiat.	Dezvoltă o relație de încredere cu consumatorul, îi prezintă acestuia consecințele directe ale comportamentului lui.
Contemplare	Este îngrijorat de consecințele consumului și ia în calcul renunțarea la substanțe.	Evocă motive pentru schimbare și consolidează aceste motive.
Pregătire	Este determinat să facă o schimbare în viitorul apropiat (30 de zile).	Îl sprijină în demersul său și îl ajută să ia cea mai bună decizie de schimbare.
Acțiune	Își schimbă comportamentul, renunță sau reduce substanțial consumul și în același timp abandonează mediul în care consuma.	Ajută consumatorul să dezvolte strategii pentru o viață fără consum, este o etapă în care sprijinul direct este necesar.
Menținere	Este abstinent și dorește să rămână așa.	Ajută individul în formarea unui stil de viață sănătos și găsirea strategiilor pentru a preveni recăderea.
Recăderea	Individul încearcă să rămână abstinent. În această etapă individul poate avea perioade de recădere astfel încât revine la unul dintre stadiile anterioare.	Pregătește individul pentru situațiile în care apare recăderea. Îl ajută să depășească aceste etape și să găsească noi modalități de acțiune.

Sursa: adaptare după Swadi, H. (2000, pp. 201-210)

Tratamentul adolescenților, consumatori de droguri, necesită acordarea unei importanțe majore experienței individuale și a modului în care aceasta afectează natura și severitatea consumului de substanțe. Analiza nevoilor speciale ale adolescenților este esențială în încercarea de a înțelege de ce tinerii consumă droguri și cum anume își construiesc o identitate a consumatorului. Eficacitatea intervenției va depinde de corelarea tuturor factorilor implicați în consum. Caracteristicile unice, specifice ale adolescenților consumatori sau dependenți de substanțe trebuie avute în vederea atunci când se construiește o metodă de intervenție. Specificitatea intervenției și metoda de tratament este dată de fiecare etapă a consumului. Putem vorbi de un continuum de tratament, mai ales în

condițiile în care individul poate reveni oricând la etapa anterioară. Ținând cont de faptul că România are puține servicii de tratament a dependenței psihice prin intermediul comunităților terapeutice, recăderile în rândul consumatorilor sunt foarte frecvente. Sunt recomandate mai multe niveluri de tratament specifice fiecărei etape a adicției. Astfel în primele două etape consumatorul poate fi identificat și îndrumat către tratament de către familie și prieteni (nivel 1) sau prin intermediul persoanelor din instituțiile pe care consumatorul le frecventează (școală, spital, instituții de asistență socială, cabinetul de consiliere școlară – nivel 2). Debutul tratamentului include diagnosticare și tratament ambulatoriu în instituții specializate precum centre de prevenire a consumului de drog sau unități spitalicești(nivel 3). Nivelul patru de intervenție presupune existența unor programe de recuperare specifice precum grupuri suport, dezintoxicare în instituții specializate/centre de zi. Nivelul cinci de intervenție presupune instituționalizarea cu modalități diferite de tratament. Dacă intervenția are succes individul urmează următoarele nivele care presupun reabilitarea sa prin centre de reabilitare, programe de monitorizare și reîntoarcerea în familie. Acest model este un continuum de tratament deoarece oricând individul poate să revină la unul din stadii. Serviciile oferite trebuie să fie accesibile, confidențiale și să nu stigmatizeze. Personalul, care lucrează în instituții de reabilitare a consumatorilor de droguri, trebuie să fie flexibil, să arate înțelegere și să aibă cunoștințe și abilități de lucrul cu persoane consumatoare. Intervenția trebuie să aibă în vedere eventualele afecțiuni colaterale determinate de consumul de substanțe și tratamentul acestora. Analiza nevoilor tinerilor este esențială în procesul de recuperare. Stabilirea priorităților în abordarea terapeutică este esențială. Astfel, abstinența poate fi un scop nerealist în schimb reducerea consumului, minimizarea efectelor produse de consum pot fi obiective realizabile. Serviciile trebuie să fie specifice adolescenților și să fie bazate pe o abordare holistică care să includă: evaluare, managementul de caz, consiliere individuală, grupuri de suport, formarea abilităților, educație, terapia familiei, asistență în construirea carierei, stabilirea legăturilor cu grupuri, instituții care pot oferi suport.

Interacțiunea efectivă între familie și personalul din instituțiile de suport este esențială pentru reintegrarea tinerilor. În funcție de stadiul consumului, putem recomanda următorul model de intervenție care va viza atât tipul de tratament și instituțiile ce ar pute fi implicate cât și factorii protectivi existenți la nivel individual, familial, de școală/comunitate.

Figura 11: Corelația între instituții, tipul de intervenție recomandat în funcție de stadiul consumului și factorii protectivi

Stadiul de consum	Tipul de intervenție recomandat	Instituții implicate	Factori protectivi
Tatonarea	Prevenire	Școala Furnizori de servicii din comunitate	
Inițierea	Prevenire Campanii de sensibilizare	Școala Furnizori de servicii din comunitate	
Experimentarea	Prevenirea timpurie și campanii de conștientizare Evaluare Consiliere (de scurtă durată)	Școala Furnizori de servicii din comunitate Clinici care oferă servicii ambulatorii	**Factori individuali** Abilități de relaționare Optimism Intoleranță privind comportamentul deviant Relație pozitivă cu părinții Afilierea la grupuri de semeni al căror comportament este adecvat Credințe, valori morale, religioase Atitudine antidrog puternică **Factori familiali** Părinți suportivi, familie armonioasă Oportunități de învățare și suport Legături strânse și stabile între copii și părinți Familie stabilă, sigură **Factori care țin de școală** Performanțe școlare Grup de egali cu comportamente pro-sociale Orientare către școală
Obișnuința	Consiliere (pe termen lung) Programe de tratament	Furnizori de servicii din comunitate Clinici care oferă servicii	**Factori individuali** Perceperea unui puternic control social Înțelegerea riscului pe care îl presupune consumul de substanțe

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Stadiul de consum	Tipul de intervenție recomandat	Instituții implicate	Factori protectivi
	Programe suport	ambulatorii Instituții medicale	Strategii de coping **Factori familiali** Monitorizarea de către familie și impunerea de reguli Reguli clare și ferme precum și un nivel ridicat de moralitate a familiei **Factori care țin de școală** Climat școlar pozitiv **Factori care țin de comunitate** Legături strânse cu instituții ce promovează comportamente pro-sociale Norme culturale ce descurajează consumul
Dependența și consumul obsesiv-compulsiv	Dezintoxicare (când este recomandată) Substituția cu metadonă Consiliere (pe termen lung) Terapia de grup Terapia de familie Programe, servicii de reabilitare	Spitale sau instituții medicale care pot acorda servicii medicale Centre de reabilitare Comunități terapeutice	**Factori care țin de comunitate** Rețele sociale Accesul la servicii de suport **Factori care țin de școală** Reguli care să descurajeze consumul de substanțe Modificări la nivel de organizare a școlilor

Sursa: adaptare după Pandina (1986), Swadi, H. (2000), Jessor și colab. (1995), NIDA (1997), Hawkins, J.D. (1999), OMS (2001)

Punctul de vedere al tinerilor referitor la designul modelelor de intervenție este considerat, de asemenea, foarte important. În 2003, în Tailanda, la Conferința Internațională a Tinerilor ce a avut ca temă reducerea efectelor consumului de droguri au fost făcute următoarele recomandări (Rosati, 2003):

- Programele trebuie să găsească modalități prin care tinerii să fie încurajați să ceară ajutor în mod voluntar iar metodele de tratament să fie specifice individului și tipului de drog consumat.

- Programele trebuie să impună participarea familiei în intervenție.
- Specialiștii din instituții trebuie să acorde sprijin într-o manieră non-discriminatorie și profesionalistă.
- Tipurile de tratament disponibile trebuie adaptate la nevoile de tratament iar programele de intervenție bazate pe familie sau/și comunitate ar trebui să aibă prioritate în fața centrelor de reabilitare. Comunitatea trebuie încurajată să dezvolte programe de acest fel.
- Dezvoltarea de programe în școală care să prezinte tinerilor alternative sănătoase și productive de petrecere a timpului liber.
- Implicarea tinerilor în programe care să le permită formarea abilităților necesare practicării unei meserii precum și a celor care să le permită identificarea unui loc de muncă.
- Folosirea grupurilor de egali în actul terapeutic, implicarea tinerilor consumatori în grupuri de tineri, voluntari, implicați în acțiuni cu puternic caracter pro-normativ.
- Societatea ar trebui să ajute la reintegrarea tinerilor care au încheiat programele din centrele de reabilitare.
- Părinții trebuie să fie suportivi și să contribuie la reintegrarea tinerilor.
- Campaniile trebuie să transmite mesaje clare și simple (Drogurile nu sunt bune).
- Tinerii consumatori au nevoie să fie înțeleși și respectați.
- Tratamentul discriminatoriu și stigmatizarea nu îi ajută pe tineri să renunțe la consum.
- Crearea de centre, tabere care să permită tinerilor să practice sporturi și artă, activități în natură, oferă tinerilor oportunități de învățare în luarea deciziilor, folosirea timpului liber, găsirea de alternative sănătoase la consumul de droguri.

În procesul de reintegrarea socială a tinerilor consumatori de substanțe trebuie avută în vedere crearea motivației pentru tratament. Atunci când cererea pentru tratament nu este voluntară iar tinerii sunt orientați către tratament de familie, prieteni sau alți specialiști, implicarea lor nu este totală și acest fapt influențează demersul terapeutic. Ca rezultat, tinerii, doar dau impresia implicării în tratament și odată încheiat acest demers, de cele mai multe ori se reîntorc la consumul de drog. Este deci necesar ca tinerii să fie participanți activi în procesul de reintegrare. Pentru a determina motivația pentru schimbare trebuie avuți în vedere mai mulți factori: rolul familiei, posibilitatea existenței unor afecțiuni psihice, atitudini și practici empatice din partea specialiștilor.

Pentru a facilita procesul de intervenție este necesară implicarea familiei (familia lărgită), a grupului de prieteni și a comunității și sprijinirea acestora pentru a înțelege ce presupune tratamentul și care este rolul lor în recuperarea tinerilor consumatori de substanțe. Odată început procesul de tratament, terapeutul și persoanele de sprijin trebuie să parcurgă următoarle etape:

- Orientarea – clarifică adolescentului ce presupune tratamentul, rolul său în acest proces și care sunt așteptările de la acest program.
- Stabilirea programului zilnic (în cazul în care tinerii sunt asistați în centre specializate – fie cu program de zi fie semi-permanent sau permanent) implicarea tânărului în activități școlare și recreaționale care să îi permită să cunoască și alt stil de viață și să identifice modalități sănătoase de petrecere a timpului.
- Monitorizarea de către grupuri de egali ce îi va permite tânărului să își schimbe perspectiva asupra vieții, să identifice noi modalități de abordare a problemelor, să folosească presiunea grupului în acțiuni pozitive.
- Angajamentul – presupune semnarea de către tânăr și de către specialistul responsabil de caz a unui contract, ce va cuprinde scopul tratamentului, așteptările, programul și consecințele nerespectării acestui program.
- Învățarea – profesorii trebuie să fie parte a procesului terapeutic. În cazul în care tânărul urmează cursurile unei școli (tratamentul nu se face într-o instituție specializată), protocoale de colaborare interinstituționale sunt necesare.
- Instruirea vocațională – presupune implicarea tânărului în activități care să îi permită să își planifice cariera, formarea de abilități și competențe practice, să identifice un loc de muncă. Lipsa acestor abilități poate orienta tânărul în căutarea altor mijloace de subzistență, de cele mai multe ori ilegale. (Winters, 1999).

Prezentăm în încheierea acestui subcapitol, două modele de intervenție ce ar putea să se constituie în activități eficiente în domeniul prevenirii comportamentului deviant și al consumului de droguri: modelul de intervenție bazat pe formarea abilităților de viață (fig. 12) și modelul de intervenție la nivelul școlii (fig. 13).

1. Modelul de intervenție bazat pe formarea abilităților de viață

Figura 12: Model adaptat după ciclul dezvoltării abilităților de viață

Definirea și promovarea abilităților specifice
Definirea abilităților: care sunt cele mai relevante abilități în măsură să influențeze/modifice un anume comportament? Care sunt persoanele competente să formeze aceste abilități?
Identificarea de situații negative/pozitive în care aceste abilități pot fi aplicate.
Încurajarea exprimării verbale și a acțiunii.
Corectarea percepțiilor greșite despre ce sunt abilitățile și cum pot fi aplicate acestea.
Promovarea abilităților formate și aplicarea lor în practică.
Oferirea de oportunități în care aceste abilități să poată fi aplicate.
Oferirea de oportunități în care aceste abilități să poată fi evaluate.
Oferirea de feed-back și recomandări pentru optimizarea acestor abilități.

Încurajarea menținerii abilităților de viață Oferirea de oportunități de practicare. Încurajarea în vederea dezvoltării acestor abilități.

Sursa: Model adaptat după Ciclul dezvoltării abilităților de viață - Mangrulkar, L., Whitman, C.V., Posner, M., (2001).www.paho.org/English/HPP/HPF/ADOL/

Aldinger C. și Whitman V. (2003) susțin că, pentru a fi eficiente, programele de intervenție bazate pe formarea de abilități trebuie să țină cont de:

- Obținerea implicării din partea părților interesate: campanii intense de advocacy sunt necesare încă din faza de planificare a programelor astfel încât persoanele „cheie" să poată fi implicate.
- Bazele teoretice: eficiența programelor depinde de fundamentarea teoretică pe care acese programe o folosesc și în acest sens, trebuie să fie folosite acele elemente teoretice care și-au demonstrat deja eficacitatea.
- Metoda participării efective: eficiența programelor este determinată de metodele de lucru ale persoanelor implicate (profesori, voluntari) precum și de experiența acestora în aceste tipuri de programe.
- Instruirea persoanelor implicate efectiv în programe: profesorii, elevii, trainerii trebuie să creadă în eficiența acestor programe și să fie instruiți în acest sens.
- Conținutul materialelor educative folosite în programe: materialele folosite trebuie să fie selectate funcție de relevanța lor punându-se accent pe riscurile asupra sănătății pe care consumul de substanțe îl implică precum și pe factorii protectivi, găsirea de alternative pro-normative la comportamentul deviant.
- Demonstrarea oportunităților și a relevanței programelor: programele de intervenție trebuie să răspundă nevoilor comunității, să aibă adresabilitate, să vină în întâmpinarea problemelor tinerilor, să demonstreze răul pe care comportamentul deviant-consumul de substanțe îl produce atât asupra individului, cât și asupra mediului familial și social în care acesta trăiește.
- Participarea: programele de intervenție trebuie să dezvolte mecanisme care să faciliteze implicarea tinerilor, părinților, a întregii comunități în toate stadiile programului.
- Evaluare și monitorizare: evaluara programelor, analiza rezultatelor, urmărirea realizării obiectivelor sunt componente ce trebuie să facă parte din programul de intervenție. Realizarea programelor nu presupune neapărat și realizarea obiectivelor în acest sens, monitorizarea pe termen lung a grupului țintă, poate constitui o modalitate de evaluare a programelor dar și o mod de acțiune pentru viitor.

2. Model de intervenție la nivelul școlii

Figura 13: Model de intervenție la nivelul școlii

Abillități de comunicare și interrelaționare	Abilități în luarea deciziilor și gândire critică	Abilități de adaptare și organizare
Abilități de comunicare Participanții pot observa și exersa modalități prin care: Informează pe alții cu privire la efectele negative pe care le are consumul de substanțe asupra stării de sănătate și asupra consecințelor sociale Cer prietenilor și/sau familiei să nu consume substanțe în preajma lor *Abilități empatice* Participanții pot observa și exersa modalități prin care : Să asculte și să arate că înțelege motivele pentru care un prieten alege să consume droguri Să sugereze alternative într-o manieră convingătoare. *Abilități de „advocacy"* Participanții pot observa și exersa modalități prin care: Conving comunitatea să adopte și să aplice o politică a „zonelor libere de drog" Să creeze suport local pentru aceste comunități *Abilități de a negocia/ refuza* Participanții pot observa și exersa modalități prin care: Pot rezista la cererile repetate ale prietenilor de a consuma substanțe, fără a	*Abilități în luarea deciziilor* Participanții pot observa și exersa modalități prin care : Aduna informații despre consecințele consumului de substanțe Pune în balanță consecințele consumului și motivele care îi determină pe tineri să consume substanțe Identifică motivele personale pentru care nu consumă droguri și să le explice și celorlalți Există varianta refuzului într-un mediu în care se consumă substanțe Ia și menține decizia de a nu consuma droguri și caută ajutor pentru aceasta *Gândirea critică* Participanții pot observa și exersa modalități prin care: Să analizeze modurile în care drogurile sunt prezentate tinerilor ca o modalitate de a fi mai cool sau mai atractiv pentru sexul opus contabilizează costurile necesare procurării substanțelor și modalități alternative de folosire a	*Abilități de adaptare la stres* Participanții pot observa și exersa modalități prin care : Analizează factorii determinanți ai stresului Reduc stresul prin activități precum: exercițiile fizice, meditația, gestionarea timpului liber aderă la grupuri care le pot oferi suport și relaxare *Abilități de creștere a încrederii în sine, de asumare a responsabilităților, a controlului, de a face diferențe și de a determina schimbarea* Participanții pot observa și exersa modalități prin care: Cresc încrederea/stima în/de sine Dezvoltă atitudini autoprotective ce includ valori și credințe puternic îndreptate împotriva consumului de substanțe Stabilesc scopuri pentru o viață liberă de substanțe și își aduc aportul în comunitate pentru dezvoltarea acestiu stil de viață autoevaluează și se automonitorizează în demersurile pentru atingerea acestor scopuri.

Abilități de comunicare și interrelaționare	Abilități în luarea deciziilor și gândire critică	Abilități de adaptare și organizare
pierde prietenia acestora	acestor bani	
Abilități în relațiile interpersonale	Evaluează cum consumul de substanțe reduc avantajele persoanelor sărace	
Participanții pot observa și exersa modalități prin care:		
Sprijină persoanele care încearcă să renunțe la consum	Analizează ce îi determină pe indivizi să consume substanțe și găsesc alternative sănătoase la consum	
Exprimă intoleranță față de prieteni care consumă substanțe		

Sursa: adaptat după Aldinger C. și Whitman, V., 2003

4.3.2. Strategii de intervenție pentru combaterea consumului și traficului de droguri în lume

La nivel internațional, interesul considerabil al publicului și al specialiștiilor a fost stimulat prin dezbaterile ce au condus la adoptarea unei noi declarații politice și unui nou plan de acțiune, ale Organizației Națiunilor Unite, pentru combaterea problemei drogurilor la nivel mondial care a urmat analizei obiectivelor stabilite la Sesiunea Specială a Adunării Generale a Organizației Națiunilor Unite (UNGASS) din 1998. În cadrul acestei dezbateri, Europa a avut un cuvânt important de spus în elaborarea unor politici, în domeniu, bazate pe date științifice și punând accent pe factorul uman. Acest aspect a contribuit la menținerea, în cadrul acordului final, a elementelor esențiale ale documentelor inițiale ale UNGASS din 1998. Reuniunea UNGASS privind necesitatea unei monitorizări globale eficiente a fenomenului drogurilor, ținând seama, în special, de problemele din ce în ce mai numeroase, din țările în curs de dezvoltare și în tranziție, a demonstrat existența unui consens puternic. Mecanismul de raportare elaborat pentru evaluarea aplicării planurilor de acțiune ale UNGASS a fost criticat, însă odată cu desființarea acestui mecanism, domenii importante de acțiune, în special cele privind măsurile pentru reducerea cererii de droguri, rămân în afara cadrului de raportare global existent. Asigurarea respectării legii în domeniul drogurilor este abordată pe larg în raportoale anuale, iar un punct special tratează condamnarea și alte pedepse aplicate persoanelor acuzate de infracțiuni la regimul drogurilor. Numărul cazurilor de încălcare a legii privind drogurile raportate în Europa continuă să crească. Deși datele sunt dificil de interpretat, această observație ridică semne de întrebare în legătură cu măsura în care practica de asigurare a respectării legii corespunde obiectivelor politice din acest domeniu.

Dezbaterea pe marginea politicii la nivel european s-a orientat către punctul de vedere conform căruia ar trebui să se acorde prioritate activităților de interdicție adresate ofertei de droguri și nu consumului de droguri. Reflectând această schimbare de orientare, în unele țări, au fost majorate pedepsele juridice care se aplică infracțiunilor legate de oferta de droguri. Măsura în care această schimbare a orientării de la consumatori către furnizorii de droguri se traduce în practica de asigurare a respectării legii este dificil de evaluat. Doar în câteva țări infracțiunile legate de oferta de droguri depășesc ca număr infracțiunile legate de posesia de droguri. În general, numărul infracțiunilor legate de oferta de droguri a crescut, însă numărul infracțiunilor legate de posesia sau consumul de droguri a crescut chiar într-o măsură mai mare. De asemenea, în întreaga Europă, imaginea infracțiunilor legate de oferta de droguri este mai variată, jumătate dintre țările raportoare observând o scădere a numărului de infracțiuni, în datele pe termen mediu. Analiza aplicării pedepselor pentru infracțiunile la regimul drogurilor în Europa investighează măsurile aplicate persoanelor care încalcă legile privind drogurile. Pedepsele privative de libertate sunt aplicate frecvent în cazul infracțiunilor legate de oferta de droguri, însă tind să fie administrate la cel mai scăzut nivel posibil al pedepselor aplicate, ridicându-se în medie la trei ani sau mai puțin. Această stare de fapt ar putea să reflecte doar realitatea că mulți dintre cei acuzați, se află la nivelul cel mai de jos al lanțului de distribuție, cum ar fi dealerii stradali sau persoanele dependente care vând droguri pentru a-și putea acoperi costurile dependenței. Această concluzie are implicații pentru elaborarea orientărilor privind pedeapsa minimă în cazul în care se dorește ca aceasta să descurajeze infractorii de carieră de la nivel înalt să se implice în oferta de droguri. În majoritatea țărilor, pedepsele privative de libertate sunt rareori aplicate pentru consumul sau posesia de droguri. Aceasta înseamnă că un procent redus al persoanelor care apar în fața instanței primesc o pedeapsă imediată cu închisoarea, posibil din cauza circumstanțelor agravante. Prin urmare, un număr din ce în ce mai mare de consumatori de droguri care intră în contact cu sistemul de justiție penală nu primesc decât o sancțiune administrativă sau minoră. Întrucât este posibil ca persoanele acuzate de infracțiuni la regimul drogurilor să constituie un grup neomogen, evaluarea nevoilor reprezintă un aspect deosebit de important pentru dezvoltarea serviciilor din acest domeniu.

Pentru intervențiile medicale, acestea variază de la metode de prevenire, educare și reducere a riscurilor până la intervenții scurte și, atunci când se justifică, trimiterea la un tratament specializat pentru consumul de droguri și servicii de asistență socială. Elaborarea unui model fezabil pentru a asigura traiectorii corespunzătoare de orientare către tratament poate reprezenta o provocare de ordin organizatoric. Portugalia a abordat această problemă într-o manieră oarecum diferită. Consumul de droguri nu mai face obiectul sancțiunilor penale, iar persoanele descoperite că se află în posesie de droguri sunt trimise, în vederea

evaluării nevoilor, direct la un tribunal special, cunoscut sub denumirea de „comisia pentru descurajarea consumului de droguri". Acest tribunal poate aplica amenzi, însă nu aplicarea de sancțiuni este obiectivul său principal. Planul funcționează deja de opt ani. La început, au existat temeri legate de faptul că această metodă va conduce la o creștere a turismului pentru droguri sau a nivelului de consum, însă datele disponibile nu par să susțină acest lucru.

4.3.3. Intervenții în domeniul tratamentului și al sănătății

Serviciile destinate consumatorilor de droguri din Europa devin din ce în ce mai diversificate și sunt oferite în cadrul unui pachet integrat de servicii de îngrijiri. De exemplu, intervențiile în domeniul reducerii riscurilor și al tratamentului sunt intercorelate într-o măsură din ce în ce mai mare și sunt oferite de către aceiași furnizori. În ciuda recunoașterii la scară largă a importanței reintegrării sociale, aceasta rămâne un domeniu slab dezvoltat, iar consumatorii de droguri se confruntă în continuare cu dificultăți considerabile în găsirea de locuri de muncă și locuințe corespunzătoare și dezvoltarea unor hobby-uri care să nu fie legate de droguri. Deși în Europa s-au înregistrat progrese în ceea ce privește tratarea consumatorilor de droguri, acestea sunt inegale, atât din punctul de vedere al substanțelor abordate, cat și al acoperirii geografice.

Cele mai importante progrese au fost observate în domeniul tratamentului de substituție pentru opiacee, numărul populației tratate situându-se în prezent în jurul cifrei de 650 000, cu tendință de creștere. Cu toate acestea, Europa de Est contribuie în ansamblul său doar la un procent redus din această cifră totală, ceea ce indică că este necesară extinderea serviciilor în anumite țări. O serie de țări au arătat că implicarea medicilor generaliști poate contribui la extinderea acordării tratamentului. Centrele specializate cu regim de îngrijire parțială asigură nu doar sprijin pentru medicii generaliști, ci și calitatea tratamentului. În ciuda faptului că în majoritatea țărilor continuarea sau inițierea tratamentului de substituție în penitenciare este posibilă din punct de vedere teoretic, în practică aceasta este deseori dificilă. Dat fiind numărul consumatorilor de droguri din închisorile din Europa, există o nevoie stringentă de a extinde oportunitățile de tratament de toate tipurile în acest mediu. Acest fapt este recunoscut în planul de acțiune al UE, însă continuă să fie neglijat în majoritatea țărilor.

În majoritatea țărilor europene, programele de tratament rezidențial constituie un element important al opțiunilor de tratament și reabilitare pentru consumatorii de droguri. Un studiu recent efectuat de EMCDDA (2014) a identificat 2 500 de centre de tratament rezidențial în Europa, peste două treimi din aceste spații fiind concentrate în șase țări: Germania, Spania, Irlanda, Italia, Suedia și Regatul Unit. Spațiile rezidențiale comunitare constituie cel mai mare grup (2 300), 17 țări raportând că toate spațiile lor rezidențiale sunt de acest gen.

În plus, în toată Europa au identificat fost identificate 170 de programe de tratament rezidențial cu sediul în spitale. Multe programe rezidențiale se concentrează pe sănătate, dezvoltare personală și socială și îmbunătățirea calității vieții. Programele rezidențiale pot fi caracterizate de patru abordări terapeutice principale: metoda celor 12 pași sau modelul Minnesota; abordarea comunității terapeutice; psihoterapia care folosește terapia cognitiv-comportamentală; și psihoterapia care folosește alte modele de îngrijire. Dintre acestea, în 15 țări predomină „modelul comunității terapeutice". Deși din punct de vedere istoric programele de tratament rezidențial s-au bazat exclusiv pe abstinență, datele actuale indică faptul că este în creștere furnizarea de medicație de substituție ca o componentă a programelor de tratament rezidențial pentru consumatorii de opioide. În 18 din cele 25 de țări raportoare, s-a înregistrat un anumit nivel de integrare a substituției opioide în tratamentul rezidențial pentru consumul de droguri.

Pentru drogurile diferite de opiacee, în Europa disponibilitatea serviciilor și înțelegerea a ceea ce constituie îngrijiri eficiente au un nivel de dezvoltare mai redus. Totuși, această problemă a început să fie recunoscută, un număr din ce în ce mai mare de proiecte de cercetare europene și de programe-pilot abordând în prezent nevoile de tratament ale consumatorilor de substanțe stimulatoare și canabis.

Progresele din domeniul neurologiei au condus nu doar la îmbunătățirea modului în care înțelegem mecanismele biologice ale dependenței, ci au început și să faciliteze anumite abordări inovatoare. Exemplele în acest sens includ un vaccin impotriva consumului de cocaină care face în prezent obiectul unui studiu la scară largă în Europa. De asemenea, inovația a fost facilitată de unele evoluții în domeniul tehnologiei informației, precum programele de tratament furnizate pe internet și folosirea de mesaje text electronice.

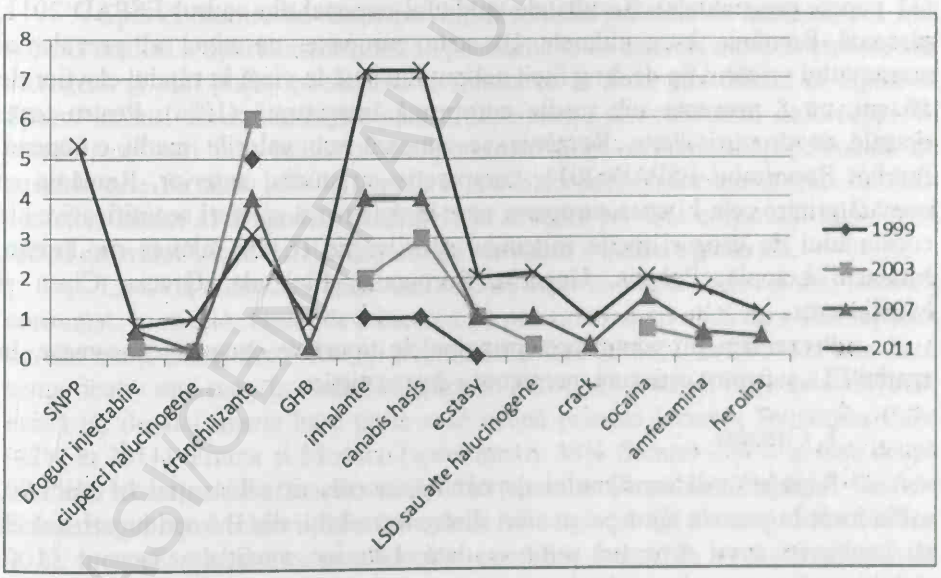
Serviciile de reintegrare socială sprijină tratamentul și previn recidiva, abordând aspectele esențiale ale excluziunii sociale a consumatorilor de droguri. În 2012, circa jumătate din consumatorii care au început un tratament specializat pentru consumul de droguri erau șomeri (47%) și aproape unul din zece nu avea o locuință stabilă (9%). De asemenea, acest grup a fost caracterizat de un nivel scăzut de educație (EMCDDA, 2014). Cu toate că reintegrarea socială a consumatorilor de droguri este menționată ca un obiectiv-cheie al strategiilor naționale antidrog, furnizarea acestor intervenții variază considerabil de la o țară la alta.

4.3.4. Tendințe în consum și modalități de prevenire

Analiza comparativă a rezultatelor studiilor ESPAD efectuate în România în rândul elevilor de 16 ani, în anii 1999, 2003, 2007 și 2011, a permis identificarea următoarelor modele (pattern-uri):

- Comparativ cu rezultatele studiului realizat în anul 2007, se observă o scădere a prevalenței de-a lungul vieții a consumului de tranchilizante sau sedative, administrate fără prescripție medicală, de la 4,1% în 2007, la 3,1% în 2011.
- Scade consumul de alcool asociat cu pastile (de la 4,4% în 2007, la 3,2% în 2011).
- Față de studiul anterior, se remarcă o creștere a prevalenței consumului de droguri ilicite, tranchilizante și sedative de-a lungul vieții 15,6% (în 2011), comparativ cu 14,5% (în anul 2007).
- Cu excepția celor două scăderi menționate anterior, pentru toate celelalte substanțe psihoactive analizate, s-au înregistrat prevalențe mai ridicate pentru consumul experimental de: cannabis (de la 3,5% în 2007, la 7,2%, în 2011); inhalante (de la 4,1% în 2007, la 7,2% în 2011); ecstasy (de la 1,2% în anul 2007, la 2,0% în 2011) cocaina (de la 1,5% în anul 2007, la 2% în 2011); amfetamine (de la 0,6% în 2007, la 1,7% în 2011); LSD sau alte halucinogene (de la 1% în 2007, la 2,1% în 2011); ciuperci halucinogene (de la 0,2% în 2007, la 1% în 2011); heroina (de la 0,3% în 2007, la 1,1% în 2011); droguri injectabile (de la 0,7% în anul 2007, la 0,8% în 2011).

Figura 14: Evoluția consumului de droguri de-a lungul vieții, pe tipuri de droguri, % (ESPAD 1999, 2003, 2007, 2011)



Sursa: ANA, 2013

Se înregistrează prevalențe mai mari pentru consumul recent în cazul tuturor substanțelor psihoactive analizate, după cum urmează (ESPAD, 2007, 2011):

- orice drog ilicit: de la 3,7% în 2007, la 9,8% în 2011;
- canabis - de la 1,9% în 2007, la 5,6%, în 2011;
- inhalante - de la 1,8% în 2007, la 4,2% în 2011;
- ecstasy - de la 0,6% în anul 2007, la 1,4% în 2011;

În ceea ce privește consumul actual (în ultima lună) se constată, de asemenea, creșteri ale prevalențelor pentru toate substanțele psihoactive analizate, și anume: orice drog ilicit (4,5 % în 2011, față de1,6% în anul 2007), canabis/ haşiş (2,3% în 2011, față de 0,7% în anul 2007), inhalante (2,2% în 2011, față de 0,8% în anul 2007), ecstasy (0,7% în 2011, față de 0,5% în anul 2007).

Rezultatele studiului ESPAD înregistrate la nivel european, arată că, în 2011, proporția de elevi care au încercat cel puțin o dată în viață droguri ilicite variază într-o măsură semnificativă, de la 5% în Norvegia, la aproape jumătate (43%) din populația de elevi de 16 ani din Republica Cehă. Tendința înregistrată pentru această variabilă între anii 2007 și 2011 indică o creștere semnificativă statistic în 11 țări, o scădere semnificativă în șapte și o situație mai mult sau mai puțin stabilă în 14. Cea mai mare creștere este de remarcat pentru Monaco (până la 9 puncte procentuale) și cea mai mare scădere se regăsește în Federația Rusă (11 puncte procentuale). Rezultatele studiului național din cadrul ESPAD 2011, plasează România între ultimele 10 state europene, ca nivel al prevalenței consumului oricărui tip de drog ilicit cel puțin o dată în viață în rândul elevilor de 16 ani, cu 8 procente sub media europeană înregistrată (18%). Pentru toate tipurile de droguri ilicite, România se situează sub valorile medii europene. Potrivit Raportului ESPAD 2011, comparativ cu studiul anterior, România se numără printre cele 11 state europene, care înregistrează creșteri semnificative ale consumului de droguri ilicite în rândul elevilor de 16 ani, alături de: Franța, Monaco, Letonia, Polonia, Ungaria, Portugalia, Finlanda, Grecia, Cipru și Muntenegru.

Prezentăm, în continuare, principalele tipuri de droguri consumate, în spațiul EU, și pentru care sunt înregistrate date statistice.

1. *Canabis*

Popularitatea consumului de canabis a crescut substanțial în anii '90, astfel încât în prezent aproape un sfert dintre toți adulții din Europa raportează că au consumat acest drog cel puțin o dată. Ulterior, situația a început să se stabilizeze, iar majoritatea datelor recente susțin scăderea generală a consumului de canabis. Un interes deosebit îl prezintă ultimele rezultate, din cadrul Proiectului Școlilor Europene în materie de alcool și alte droguri, care furnizează o perspectivă asupra tendințelor în timp ale consumului de droguri în rândul

elevilor. Interesant este că, așa cum în trecut au putut fi observate tipare temporale diferite în ceea ce privește tendința ascendentă a consumului de canabis, acest tipar pare a se repeta în prezent, însă în sens invers. Regatul Unit, de exemplu, una dintre primele țări care a înregistrat niveluri ridicate ale prevalenței, s-a numărat în același timp printre primele care au raportat o scădere a consumului. Acest tipar se observă acum la majoritatea celorlalte țări din Europa de Vest. În Europa de Est, nivelurile consumului au urmat, în majoritatea țărilor, o tendință ascendentă. Totuși, chiar și în aceste țări, există semne de stabilizare la populația tanără, iar dacă tiparul observat în alte părți se repetă, ar putea fi anticipată o scădere ulterioară.

Înțelegerea factorilor care influențează popularitatea unui drog precum canabisul este în mod evident importantă. Un rol important au jucat programele naționale și europene privind măsurile de combatere a consumului și traficului de droguri în influențarea acestor tendințe.

În Europa, un grup restrâns de țări, în principal din nordul și sudul Europei, nivelurile consumului de canabis au continuat să fie scăzute și stabile un anumit timp. Înțelegerea factorilor de protecție care funcționează în aceste țări ar prezenta, de asemenea, un interes sporit dar și o analiză care să țină seama pe deplin de factorii culturali, sociali și istorici, precum și o reflectare asupra politicilor din domeniul drogurilor și a celor sociale.

Spre deosebire de datele privind nivelurile generale de consum, cea mai recentă analiză a tiparelor consumului problematic de canabis din Europa este mai eterogenă și mai puțin încurajatoare. Limitarea în acest caz constă în faptul că lipsesc măsuri corespunzătoare pentru dependența sau consumul de droguri. În prezent, cel mai bun indicator comportamental al consumului problematic de canabis este furnizat prin extrapolarea pe baza estimărilor numărului de consumatori zilnici ai drogului. Tendințele în ceea ce privește consumul zilnic sunt dificil de evaluat, însă datele disponibile nu indică o scădere generală.

La nivel european, canabisul este de departe drogul ilicit cel mai frecvent consumat. În medie, faptul de a încerca pe parcursul vieții un drog a fost raportat de mai mulți băieți decât fete, și anume 19% față de 14%, în 2011, cifrele fiind semnificativ mai mari în rândul băieților în 27 de țări. Potrivit raportului ESPAD, există un decalaj imens între țările care ocupă primele locuri – Republica Cehă (42% în 2011), Franța și Monaco (aproximativ 38% fiecare) – și cele care ocupă ultimele locuri – Albania, Bosnia și Herțegovina (Republica Srpska), Insulele Feroe, Republica Moldova, Muntenegru și Norvegia (4-5% fiecare). Între 2007 și 2011, proporția elevilor care au încercat canabis a crescut în mod semnificativ în unsprezece țări și a scăzut în cinci țări. Cele mai evidente creșteri s-au înregistrat în Franța și Monaco (8-9 puncte procentuale) în timp ce scăderea cea mai mare s-a înregistrat în Federația Rusă (Moscova, 11 puncte procentuale). În România, prevalența consumului de canabis cel puțin o dată în viață indică o creștere a acestui

tip de consum, atingând în 2011 valoarea de 7% (față de 17% – media europeană). Aceste date indică existența unei populații mari expuse riscului și subliniază nevoia unei mai bune înțelegeri a nevoilor acestui grup în ceea ce privește serviciile.

2. *Ecstasy*

După canabis, ecstasy – împreună cu amfetaminele – se plasează pe locul al doilea în clasamentul celor mai frecvent experimentate droguri ilicite. În medie, 3% dintre repondenții studiului ESPAD au folosit ecstasy cel puțin o dată. În rândul țărilor ESPAD din Europa întâlnim o prevalență de peste 4%, dar cea mai mare prevalență a consumului de ecstasy în rândul elevilor este în StateleUnite, unde 7% au declarat că au folosit ecstasy. În România, consumul experimental de ecstasy se situează cu un procent sub media europeană (2% față de 3% media europeană).

3. *Heroina și cocaina*

Există puține date care să indice îmbunătățirea situației în ceea ce privește consumul de heroină și cocaină. Această problemă este în special evidentă pentru cocaină, în cazul căreia, conform celor mai recente date, concomitent cu reducerea producției estimate, a scăzut volumul de capturi în Uniunea Europeană, precum și puritatea drogului vândut stradal, în majoritatea țărilor. În Regatul Unit, țară cu o piață semnificativă a cocainei, scăderile recente ale purității sunt considerabile. Aceste date ar putea să indice tendința de reducere a disponibilității cocaineii, însă alte informații pun această concluzie sub semnul întrebării. Numărul capturilor drogului continuă să crească, prețurile scad și există indicii privind trecerea către noi rute de trafic prin Europa de Est, ceea ce probabil a zădărnicit acțiunile de interdicție. Consumul de cocaină în Europa continuă să se concentreze în țările occidentale, unde tendința este în general stabilă sau în creștere. Cu toate acestea, există dovezi care indică faptul că acest drog continuă să se răspandească în alte țări. Cererile de tratament legate de consumul de cocaină sunt, de asemenea, în creștere. Pe baza dovezilor disponibile, se poate formula concluzia că nivelurile actuale de consum continuă să fie ridicate și nu scad în zonele stabilite, însă continuă să crească în alte părți. Există, însă, indicii cu privire la faptul că furnizorilor le este dificil să facă față cererii consumatorilor de pe unele piețe importante.

În Europa, heroina continuă să fie principalul factor responsabil de morbiditate și mortalitate legate de consumul de droguri. Consumul acestui drog a înregistrat o tendință generală descrescătoare, începand cu jumătatea/sfârșitul anilor 90, însă astăzi situația este mai puțin clară, iar în anumite domenii ridică motive de îngrijorare. Scăderile pronunțate au fost urmate de o creștere a numărului de cereri de tratament începând cu 2002. Un număr semnificativ de țări

raportând în prezent creșteri atât ale numărului, cât și ale procentului de cereri de tratament în legătură cu consumul de opiacee.

Datele privind decesele legate de consumul de droguri, asociate în mare măsură cu consumul de heroină, nu furnizează niciun indiciu privind revenirea la tendința descrescătoare observată înainte de 2004. Datele privind numărul de infracțiuni la regimul drogurilor și capturile indică, de asemenea, cifre crescătoare. Îngrijorător este faptul că într-un număr redus de țări au fost observate probleme legate de consumul de heroină la tineri, ceea ce arată că acest drog s-ar putea răspandi în rândul unor populații noi.

4. *Policonsumul de droguri și problemele concomitente legate de consumul de alcool*

În domeniul prevenirii consumului de droguri, problemele legate de consum sunt abordate cel mai bine într-o manieră holistică și în contextul unui stil de viață sănătos și al unor alegeri în cunoștință de cauză. Abordarea consumului de droguri, însă, este cel mai adesea specifică pentru fiecare substanță. Consumatorii de droguri nu își limitează aproape niciodată consumul la o singură substanță. În Europa, tiparele de policonsum reprezintă norma, iar consumul combinat de substanțe diferite cauzează sau agravează majoritatea problemelor. De aici rezultă nevoia dezvoltării unei perspective mai ample, integrate și orientate către substanțe multiple, pentru a înțelege mai bine situația și pentru a concepe și a evalua răspunsurile corespunzătoare. Acțiunile care au ca scop reducerea ofertei de droguri sunt evident zădărnicite în cazul în care nu fac altceva decât să deschidă calea către consumul unui substitut, care poate fi și mai dăunător.

În rândul tinerilor, consumul de substanțe multiple poate spori riscurile apariției unor probleme acute și este predictiv pentru dezvoltarea la o vârstă mai avansată a unui obicei cronic de consum de droguri. În rândul consumatorilor frecvenți de droguri cu o vârstă mai avansată, policonsumul de droguri reprezintă o problemă majoră în contextul supradozei de droguri, complică tratamentul pentru consumul de droguri și este asociat cu acte de violență și infracțiuni.

Raportul din 2009 al Obsevatorului European pentru Droguri și Toxicomanii, remarcă gama din ce în ce mai largă de substanțe în mare măsură necontrolate, destinate pieței canabisului, inovația în producția de droguri sintetice și preocupările din ce în ce mai acerbe legate de abuzul de medicamente eliberate pe bază de prescripție. În 2013, în urma monitorizării efectuate de EMCDDA au fost identificate 651 de site-uri care vând „droguri legale" europenilor. (EMCDDA, 2014). În plus, este deja recunoscut faptul că un factor decisiv în cadrul problemei consumului de substanțe în Europa îl reprezintă consumul concomitent de alcool. Și acest fenomen poate fi observat la fiecare grupă de vârstă. În rândul elevilor, ultimele date indică o asociere puternică între alcoolismul periodic și consumul de droguri. Deseori, alcoolismul periodic merge

mână în mână cu consumul recreațional de droguri, sporind riscul de manifestare a unor efecte negative la adulții tineri. În ceea ce privește populația de consumatori de droguri cronici, abuzul de alcool este atât de frecvent, încât nici nu mai este menționat, iar nevoia de abordare a dependenței de alcool coexistente a devenit o problemă din ce în ce mai importantă pentru centrele de tratament pentru consumul de droguri. Problemele legate de alcool pot fi deosebit de nocive pentru dependenții de opiacee, întrucât este posibil ca aceștia să-și fi compromise deja funcția ficatului în urma unei infecții hepatice, iar riscul de supradoză este ridicat.

5. *Tranchilizantele*

Evoluția consumului pe parcursul vieții de tranchilizante sau sedative fără prescripție medicală a fost destul de stabilă între 1995 și 2011, chiar dacă s-au observat creșteri semnificative între 2007 și 2011 în trei țări și scăderi în șapte țări. Cel mai frecvent, acest tip de consum este raportat în Lituania, Monaco și Polonia -unde aproximativ 14 % din elevi au indicat un astfel de consum în cadrul anchetei din 2011, în timp ce nivelurile cele mai scăzute sunt raportate de elevii din Insulele Feroe, Germania (cinci landuri), Liechtenstein, Republica Moldova, Federația Rusă (Moscova) și Ucraina (2%). În România, consumul de tranchilizante/ sedative fără prescripție medicală este întâlnit la 3% din populația școlară cu vârsta de 16 ani și se află la jumătatea mediei europene (6%).

6. *Precursorii*

Studiile OEDT observă o situație din ce în ce mai complexă în ceea privește disponibilitatea și consumul de droguri sintetice în Europa. Piața ilegală și furnizorii acesteia indică niveluri ridicate de inovație în ceea ce privește procedeele de producție, produsele noi și oportunitățile de comercializare, demonstrând, în același timp, capacitatea adaptării rapide la măsurile de control. În plus, gradul din ce în ce mai ridicat de sofisticare a comercializării „alternativelor legale" la drogurile ilegale reprezintă un progres îngrijorător.

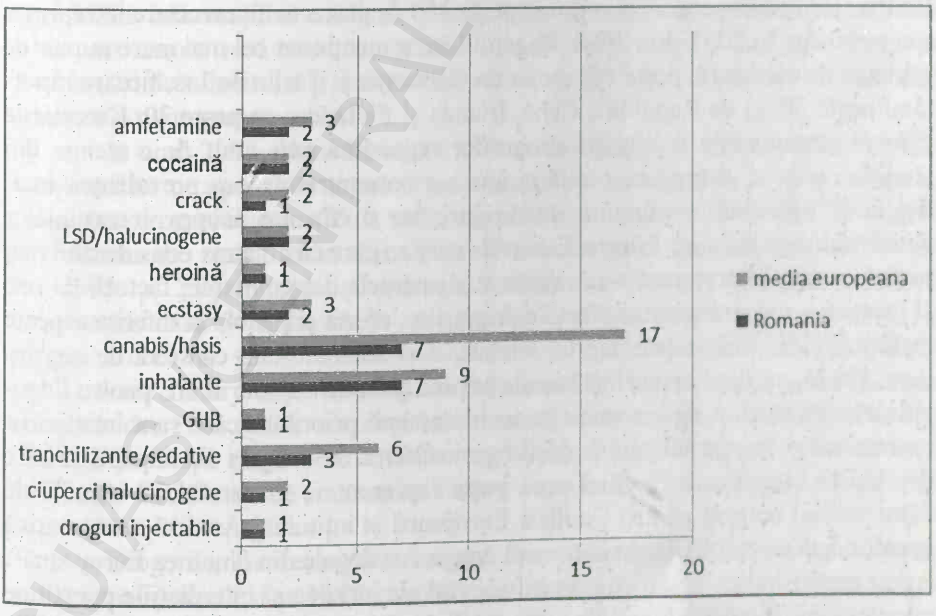
Un exemplu de volatilitate a pieței poate fi observat în evoluțiile recente ale disponibilității ecstasy-ului. Până în 2007, majoritatea tabletelor de ecstasy în Europa conțineau 3,4-metilendioxi-metamfetamină (MDMA) sau o altă substanță similară. Cu toate acestea, datele inițiale puse la dispoziție prin sistemul de avertizare timpurie de la începutul anului 2009 indică faptul că această situație poate fi diferită în unele state membre, precum Danemarca și Țările de Jos. În aproape jumătate din totalul tabletelor analizate în aceste țări, nu a fost găsită nicio substanță MDMA sau analogi ai acesteia. În schimb, pastilele conțineau 1-(3-clorofenil) piperazină (mCPP), singură sau în combinație cu o altă substanță psihoactivă. Deși mCPP nu este prevăzută în Convențiile Organizației Națiunilor Unite, aceasta a constituit obiectul unor măsuri de control în unele state membre

ale UE. Nu se poate afirma încă dacă această evoluție reprezintă o deviere temporară sau marchează o tranziție mai semnificativă pe piața drogului ecstasy.

Sistemul de avertizare timpurie al UE monitorizează mCPP din 2005, iar OEDT și Europol urmăresc îndeaproape evoluțiile din acest domeniu. De exemplu, există indicii cu privire la faptul că metamfetamina ar putea înlocui amfetamina în anumite părți din nordul Europei. Încă o dată, factorii pieței și precursorii chimici par importanți în acest caz, întrucât amplasamentele de producție a metamfetaminei par a fi situate acum în Lituania, țară a cărei poziție geografică facilitează importul substanțelor chimice precursoare, în acest caz 1-fenil-2-propanonă (BMK), din afara Uniunii Europene.

În 2013, prin sistemul de avertizare rapidă al UE au fost notificate 81 de substanțe psihoactive noi, ceea ce a adus numărul de substanțe monitorizate la peste 350. Se lansează evaluări oficiale ale riscului pentru substanțele despre care se suspectează că ar avea efecte negative semnificative la nivel european. În 2013, s au efectuat evaluări ale riscului pentru două substanțe, iar alte patru în 2014, estimându-se că în viitor vor avea loc și mai multe evaluări (EMCDDA, 2014). Acest lucru înseamnă că, în timp ce se dezbate noua legislație a UE în domeniu, sistemul de avertizare rapidă este supus unei presiuni tot mai mari ca urmare a volumului și varietății de substanțe care apar pe piață.

Figura 15: Prevalența consumului de droguri de-a lungul vieții, comparație România – media europeană, pe tipuri de droguri



Sursa: ANA, 2013

Situația din țările nordice se adaugă motivelor de îngrijorare legate de răspândirea consumului de metamfetamină în afara Republicii Cehe. În această țară, problemele legate de consumul de metamfetamină există de mult timp, însă producția pentru consumul personal și local s-a menținut în general la o scară redusă. De asemenea, o serie de țări din Europa Centrală raportează în prezent existența consumului de metamfetamină, iar rapoartele Europol menționează că au fost depistate și câteva amplasamente de producție mai mari în alte părți ale Europei.

Există, de asemenea, unele dovezi privind creșterea rapidă a consumului de metamfetamină în unele țări aflate la granițele Uniunii Europene. Până în prezent, drogul nu a pătruns în piața mare a drogurilor stimulatoare din Europa de Vest, unde consumul de cocaină sau amfetamine continuă să fie dominant. Cu toate acestea, date fiind ușurința relativă cu care se poate produce metamfetamina și impactul negative considerabil pe care îl poate avea aceste drog asupra sănătății publice se impune luarea de măsuri imediate.

4.4. Cercetarea în domeniul drogurilor

Rapoartele privind cercetările în domeniul drogurilor desfășurate în fiecare din țările europene au fost incluse într-un extras publicat de OEDT (http://www.emcdda.europa.eu/themes/research). În ultimele rapoarte naționale Reitox, țările europene au menționat peste 350 de proiecte de cercetare intreprinse sau publicate în 2007 și în 2008. Regatul Unit a menționat cel mai mare număr de proiecte de cercetare, peste 80, urmat de Germania și Țările de Jos, fiecare raportând peste 30, și de Republica Cehă, Irlanda și Finlanda, cu peste 20. Cercetările privind răspunsurile la situația drogurilor reprezintă mai mult de o treime din studiile recente, în timp ce o altă treime s-a concentrat asupra prevalenței, incidenței și tiparelor consumului de droguri, iar o cincime asupra consecințelor consumului de droguri. Printre domeniile care se pare că au atras considerabil mai puțină atenție în cercetare s-au numărat: elementele determinante, factorii de risc și protecție, mecanismele și efectele drogurilor, oferta și piețele și diferite aspecte metodologice. Rezultatele acestei analize, deși sunt limitate ca sferă de cuprindere, vin în sprijinul apelurilor lansate în noul plan de acțiune al UE pentru intensificarea eforturilor de cercetare în acele domenii prioritare care sunt insuficient reprezentate, în special oferta de droguri. Oferta de droguri se numără printre domeniile identificate ca fiind prea puțin reprezentate în cercetările actuale de către studiul realizat pentru Comisia Europeană și intitulat „Analiză comparativă aprofundată a cercetărilor în domeniul drogurilor ilegale din Uniunea Europeană". Acest raport indică faptul că prevenirea, cadrele juridice și interdicțiile constituie alte domenii disproporționat de puțin analizate în cercetări, în timp ce cercetările

pe teme epidemiologice par să fie mai frecvente. În cadrul studiului s-a constatat că, deși în statele membre este disponibilă o expertiză cuprinzătoare, ar trebui acordată atenție îmbunătățirii comparabilității datelor între țări și creșterii vizibilității cercetărilor. Capacitatea de cercetare, calitatea generală și disponibilitatea fondurilor variază într-o măsură însemnată în UE. Există o nevoie considerabilă de consolidare a capacităților și de finanțare care să acopere o gamă mai largă de domenii strategice legate de planul de acțiune al UE. Răspunsurile medicale și sociale ale Europei la problemele legate de consumul de droguri sunt susținute din ce în ce mai mult prin orientări și standarde de calitate. S-a constatat că participarea la activitățile de cercetare europene variază într-o măsură considerabilă între țări, o mare parte a cooperării internaționale având loc la un nivel neoficial. Studiul a subliniat faptul că cercetările în domeniul drogurilor pot fi facilitate de către rețelele europene și internaționale de cercetători.

Se poate observa un proces prin care orientările preced cu mai mulți ani introducerea standardelor de calitate. Ghidurile sunt declarații care includ recomandări menite să optimizeze îngrijirea pacienților. De obicei, ele se bazează pe o analiză sistematică a dovezilor și pe o evaluare a beneficiilor și riscurilor asociate opțiunilor de terapie alternativă. Scopul ghidurilor este de a ajuta pacienții, aparținătorii și furnizorii de servicii la luarea deciziilor referitoare la intervențiile corespunzătoare. Conform EMCDA (2014), în ultimii 20 de ani, s-au publicat mai mult de 150 de seturi de ghiduri în domeniul consumului de droguri, iar din 2011 astfel de ghiduri sunt disponibile în fiecare stat membru. Ghidurile acoperă gama completă a intervențiilor medicale și sociale în domeniul drogurilor, cu toate că există un număr mai mare de ghiduri privind intervențiile medicale, precum tratamentul de substituție și dezintoxicarea, decât cele privind reducerea riscurilor asociate și reintegrarea socială.

În anul 2005, United Nations Office on Drugs and Crime oferea publicității o listă ce aproxima numărul consumatorilor de droguri: 200 de milioane consumau droguri ilegale, 76 de milioane sufereau din cauza alcoolului, iar 1.000 de milioane din cauza fumatului, dintre care majoritatea erau dependenți. (West, R., 2006, p. 23.) În ceea ce privește situația din Europa, EMCDDA oferea următoarele date: 74 milioane de europeni au consumat canabis măcar o dată, 13 milioane cocaină și 12 milioane amfetamine (http://www.emcdda.europa.eu/publications/country-overviews/ro). În România, deși studiile serioase au început să apară doar din 2004, numărul consumatorilor s-a estimat a fi sub 2% din întreaga populație (în 2007). În București, din cei 31.625 de consumatori doar 1.891 au beneficiat de tratament (http://www.emcdda.europa.eu/publications/country-overviews/ro).

Drogurile, asemenea cafelei și țigărilor, demonstrează într-un mod excepțional capacitatea de a se înrădăcina. Oamenii consumă din nou un drog deoarece ultima dată când l-au consumat efectul a fost plăcut, iar ultima experiență o

propune pe următoarea și pe următoarea după aceasta, astfel că obiceiul se formează treptat, iar urma deprinderii devine întipărită. Plăcerea este imediată, iar durerea se amână. Un adevăr psihologic fundamental este că plăcerea imediată va avea o influență mult mai puternică asupra comportamentului decât durerea ulterioară și incertă. (Griffith, E, 2006, p. 175) În 2003, Treatment Episodic Data Set (TEDS) descoperă că 21% dintre adolescenții dependenți de droguri prezentau o tulburare psihică (Shane, D., Degenhardt, L., Mattick, R., 2007, p. 136), relația între consumul de marijuana și schizofrenie, fiind demonstrată de studii (Reuter, P., 2009, p. 511). Cazul persoanele cu dublu diagnostic (tulburări mentale și dependență) prezintă o rezistență mai mare la tratamentul medical decât persoanele cu o singură tulburare (Shane, D., Degenhardt, L., Mattick, R., 2007, p. 136).

Multiple cercetări au subliniat că unul din cei mai puternici factori de influență în rândul tinerilor este „prietenul" sau „semenul" (Sussman, A.S., 2008, p. 99). Sociologii numesc „influență socială normativă" comportamentul prin care membrul unui grup de prieteni va acționa în conformitate cu cerințele grupului doar pentru a fi acceptat de grup („nu tragi cu noi un fum, nu ești de-al nostru"). Acest aspect joacă un rol semnificativ în perioada adolescenței, când deseori grupul devine superior familiei. Bandura adaugă termenul de „cogniție socială", prin care explică modul în care tinerii procesează informația socială – cu alte cuvinte, importanța acelor modele, care acționează ca niște „învățători" pentru când, cât de mult, unde și cum este consumat un drog (Sussman, S.A., 2008, p. 209). Comportamentul tânărului este în cea mai mare parte reglat pe procese cognitive de acest tip. De exemplu, un adolescent va învăța că e acceptabil, ba chiar indicat să consume droguri în weekend sau la petreceri, și va adopta acest comportament. Gândirea intuitivă, care este rapidă și influențată de emoții, primează în defavoarea gândirii analitice. Riscurile ce vor surveni în viitor nu sunt atât de importante, precum experiența imediată care are un mai mare impact asupra acțiunilor decât reprezentările mentale ale acțiunilor viitoare (West, 2006, pp. 54-55). Cercetările lui Sussman (2009 p. 264) au demonstat că 40% dintre cei ce se droghează înregistrează absenteism la locul de muncă, 30% fac greșeli, 25% au probleme cu șeful și tot 25% au probleme în îndeplinirea sarcinilor.

Indiferent de abordările terapeutice sau de substanțele farmacologice recomandate, o cercetare efectuată la nivel european pe o perioadă de 10 ani a ajuns la concluzia că nici tratamentul și nici măsurile de prevenție în toți acești ani nu au avut un efect substanțial asupra consumului de droguri. (Reuter, P, 2009, pp. 510-517). Multe dintre încercările de dezintoxicare de heroină sfârșesc prin dependență de metadonă. (Schwartz, R., și colab., 2008, p. 396). Mai mult, nu toți dependenții beneficiază de tratament. În SUA, persoanele dependente nu-și pot primi tratamentul deoarece se regăsesc pe liste lungi de așteptare. În Elveția doar 5 % dintre dependenți se regăsesc în terapia asistată cu heroină. (Sussman, A.S., 2009, p. 262). În majoritatea cazurilor apare reinstalarea comportamentului chiar

și după ani de zile de abstinență și totul începe de la capăt. Din păcate, multe persoane au probleme și nu cer ajutor pentru că nu pot crede că au o boală sau le e rușine și teamă de propria percepție și de opinia celorlalți.

4.4.1. Planul de acțiune al UE în domeniul drogurilor

Participarea societății civile la politica privind drogurile a primit o atenție suplimentară în noul plan de acțiune al UE privind drogurile. Prin instituirea unei „Acțiuni Europene în domeniul Drogurilor", planul de acțiune își propune să stimuleze angajamentul societății civile europene în legătură cu problemele privind drogurile. Planul de acțiune solicită statelor membre să implice societatea civilă la toate nivelurile corespunzătoare ale politicii privind drogurile. Accentul pus asupra calității intervențiilor în domeniile de prevenire, tratament, reducere a riscurilor și reabilitare a fost sporit prin acțiuni ce încurajează întocmirea și schimbul de orientări, bune practici și standarde de calitate și elaborarea standardelor minime de calitate ale UE sau a reperelor în aceste domenii. Situația din penitenciare beneficiază de atenție suplimentară, în contextul reducerii cererii de droguri. Sunt necesare acțiuni,care să furnizeze pentru consumatorii din închisori, servicii echivalente celor existente în afara acestora, pentru a aplica îngrijirea postspitalicească după eliberare și, pentru a îmbunătăți monitorizarea problemei drogurilor și a serviciilor antidrog în această situație. Majoritatea acțiunilor legate de reducerea cererii au drept scop îmbunătățirea aplicării legii și a cooperării judiciare între statele membre, deseori prin implicarea sporită a organismelor, proiectelor și instrumentelor UE. Reducerea deturnării și traficului de precursori de droguri în interiorul și pe teritoriul Europei face obiectul a șapte acțiuni diferite, cu o concentrare operațională largă.

În domeniul cooperării internaționale, se pune un accent mai puternic asupra dezvoltării de alternative, existând acțiuni care fac apel la un sprijin financiar și politic intensificat pentru aceste programe. O reflectare mai bună a abordării bazate pe echilibrul dintre reducerea cererii și a ofertei este urmărită în acordurile și programele externe. În contextul informării, cercetării și evaluării, o modalitate de acțiune nouă cere dezvoltarea unor indicatori-cheie și strategii de colectare a datelor privind infracțiunile legate de droguri, cultivarea ilegală, piețele drogurilor și intervențiile pentru reducerea ofertei. Se acordă o atenție sporită consolidării cercetării in domeniul drogurilor și elaborării unei evaluări a politicii drogurilor, atât la nivel național, cât și la nivelul UE.

■ *Piața globală a drogurilor ilegale*

Rezultatele unui studiu, finanțat de Comisia Europeană, privind piața globală a drogurilor ilegale au fost prezentate la sesiunea din 2009 a Comisiei pentru stupefiante de la Viena. Studiul nu a găsit nicio dovadă care să indice că problema globală a drogurilor s-a diminuat în ultima perioadă. Pentru unele

națiuni, problema s-a atenuat, însă pentru altele s-a înrăutățit, în unele cazuri într-o măsură substanțială. Conform studiului, piețele drogurilor ilegale nu sunt integrate vertical sau dominate de dealeri sau carteluri principale. Deși se estimează că drogurile ilegale generează peste 100 miliarde EUR, marea majoritate a celor implicați în comerțul cu droguri obțin venituri modeste. Câteva persoane câștigă averi importante, însă acestea reprezintă doar o mică parte din venitul total. Studiul raportează o convergență a politicilor naționale privind drogurile, un accent sporit fiind pus pe reducerea cererii, în timp ce reducerea riscurilor se bucură de o acceptare pe scară mai largă. Politicile ce îi vizează pe vânzători și traficați au fost intensificate. Intensificarea interzicerii drogurilor este apreciată de către studiu ca fiind cauza unor riscuri neintenționate substanțiale, iar multe dintre acestea ar fi putut să fie prevăzute (de exemplu, dislocarea geografică a producției și traficului).

■ *Politici de prevenire și combatere a consumului și traficului de droguri*

În anul 2007 au fost elaborate două noi documente europene și internaționale de politică în domeniul drogurilor. În decembrie 2008, Uniunea Europeană a dat publicității planul de acțiune în domeniul drogurilor (2009-2012), care a fost urmat, câteva luni mai tarziu, de noua declarație politică și noul plan de acțiune ale Organizației Națiunilor Unite pentru combaterea problemei drogurilor la nivel mondial. Dezbaterile pe marginea politicilor la nivel internațional au inclus discuții cu privire la traficul de droguri și pedepsele minime pentru traficul de droguri din Europa. Un alt aspect central al dezbaterii pe marginea politicii din acest domeniu l-a constituit reducerea riscurilor incluzând două categorii importante în această direcție, schimbul de ace și seringi și tratamentul de substituție. Alte teme abordate sunt recenta adoptare și evaluare a strategiilor și planurilor de acțiune naționale privind drogurile, noile date și tendințe ale cheltuielilor publice și noile evoluții ale cercetării în domenii conexe consumului de droguri din Europa.

4.4.2. Realizări internaționale și europene în domeniul politicilor privind combaterea consumului de droguri

■ *Noua declarație politică și noul plan de acțiune ale Organizației Națiunilor Unite*

O nouă declarație politică și un nou plan de acțiune ale ONU (Declarația politică și planul de acțiune privind cooperarea internațională pentru o strategie integrată și echilibrată pentru combaterea problemei drogurilor la nivel mondial) au fost adoptate la o reuniune politică la nivel înalt din cadrul sesiunii Comisiei pentru stupefiante a Organizației Națiunilor Unite (CND). Acestea au fost rezultatul analizei a zece ani de lucru în atingerea obiectivelor și țintelor stabilite în 1998 în cadrul celei de-a 20-a sesiuni speciale a Adunării Generale a Organizației

Națiunilor Unite (UNGASS) privind problema drogurilor la nivel mondial. Poziția Europei față de politica ONU în domeniul drogurilor, a fost exprimată într-un document de poziție comună elaborat de Consiliul Uniunii Europene. În acest document se subliniază importanța sănătății publice ca prim principiu al sistemului internațional de control al drogurilor, precum și nevoia unei consecvențe la scară sistemică în domeniul drogurilor între organismele ONU (inclusiv INCB, ONUDC, ONU-SIDA, OMS). De asemenea, în textul acestuia se recomandă includerea în noua declarație politică a ONU a unui ansamblu de elemente-cheie și priorități care să cuprindă nevoia unei politici cuprinzătoare, integrate și echilibrate in domeniul drogurilor și să acorde o mai mare pondere reducerii cererii în cadrul căreia să fie inclusă reducerea riscurilor. UE a insistat asupra faptului că respectarea convențiilor internaționale privind drepturile omului, inclusiv dreptul la sănătate, trebuie să constituie elementul-cheie al noii politici în domeniul drogurilor și că elaborarea politicilor în domeniul drogurilor trebuie să se bazeze pe dovezi științifice. De asemenea, UE a afirmat că, pentru combaterea producției de droguri, sprijinul pentru evoluțiile alternative nu trebuie să fie condiționat de reducerea culturilor ilegale. Noul document ONU este similar în privința conținutului cu declarațiile și planurile de acțiune inițiale ale UNGASS, convenite în 1998. Acesta include multe dintre elementele propuse de Uniunea Europeană, care analizează o serie de probleme legate de actualele politici din domeniul drogurilor și enumeră acțiunile pe care statele membre ale ONU s-au angajat să le intreprindă. Printre acțiunile și obiectivele-cheie din categoria reducerii cererii de droguri se numără:

- mai bună respectare a drepturilor omului;
- sporirea accesului la servicii și îmbunătățirea focalizării asupra grupurilor vulnerabile;
- stabilirea unui echilibru mai bun în cadrul politicilor din domeniul drogurilor în favoarea reducerii cererii de droguri;
- realizarea unor intervenții pe baza dovezilor obținute;
- punerea în aplicare a unor mecanisme de monitorizare și asigurare a calității.

Cu toate acestea, documentul ONU nu recunoaște în mod explicit contribuția reducerii riscurilor, abordare ce a fost urmărită în Europa sub control științific.

În septembrie 2008, Comisia Europeană a publicat evaluarea finală a planului de acțiune al UE în domeniul drogurilor pentru perioada 2005-2008, (http://register.consilium.europa.eu/pdf/en/08/st13/st13407ad03.en08.pdf). Această evaluare a cuprins o analiză a punerii în aplicare a acțiunilor, precum și a atingerii obiectivelor stabilite în planul de acțiune. A examinat impactul planului de acțiune asupra politicilor naționale ale statelor membre in domeniul drogurilor și a analizat cele mai recente evoluții ale situației drogurilor din Europa. În cadrul

acestei evaluări s-a constatat că, deși nu au fost puse integral în aplicare toate acțiunile și nu au fost atinse toate obiectivele, s-au înregistrat progrese în aproape toate domeniile planului de acțiune. Faptul că majoritatea documentelor naționale de politică în domeniul drogurilor conțin obiective ce le reflectă pe cele din planul de acțiune al UE a fost considerat drept dovadă a convergenței tot mai puternice înregistrate în rândul țărilor europene în ceea ce privește politica în domeniul drogurilor. De asemenea, s-a remarcat și o relativă stabilizare în ultimii ani a situației drogurilor din Europa, însă contribuția pe care a avut-o la această tendință planul de acțiune al UE nu a putut fi stabilită. În ansamblu, în ciuda anumitor neajunsuri de natură operațională, s-a considerat că planul de acțiune în domeniul drogurilor al UE a adus un surplus de valoare în trei direcții distincte:

- a determinat statele membre și instituțiile UE să își asume angajamentul de a atinge obiective comune;
- a oferit un cadru pentru coordonare și pentru elaborarea unei abordări unitare în domeniul drogurilor;
- a constituit un model de politică la nivel internațional.

Evaluarea finală a anunțat elaborarea Planului de acțiune al UE în domeniul drogurilor (2009-2012), care a fost aprobat de Consiliul European în decembrie 2008 (JO C 326, 20.12.2008, p. 7). Acest plan de acțiune, al cincilea din 1990, este al doilea elaborat în cadrul actualei strategii a UE in domeniul drogurilor (2005-2012). Obiectivul său este de a reduce semnificativ prevalența consumului de droguri în rândul populației și de a reduce daunele sociale și de sănătate cauzate de consumul și de comerțul cu droguri ilegale. Noul plan de acțiune al UE identifică cinci priorități-cheie care reflectă direcțiile de acțiune ale acestuia:

- îmbunătățirea coordonării, a cooperării și a sensibilizării populației;
- reducerea cererii de droguri;
- reducerea ofertei de droguri;
- îmbunătățirea cooperării internaționale;
- îmbunătățirea înțelegerii acestei probleme.

■ *Societatea civilă și elaborarea politicilor în domeniul drogurilor*

Antrenarea organizațiilor neguvernamentale în dezbaterile pregătitoare pentru noile documente de politică în domeniul drogurilor ale UE și ONU reprezintă un pas important în participarea societății civile în cadrul acestui domeniu de politică. În mai 2008, Forumul societății civile în domeniul drogurilor din cadrul Comisiei Europene a dezbătut primele rezultate ale evaluării planului de acțiune al UE în domeniul drogurilor pentru perioada 2005-2008 și a discutat nevoile și posibilul conținut al următorului plan de acțiune (Comisia Europeană, 2008). Cele 26 de ONG-uri participante în cadrul acestui forum au propus ca în centrul politicii UE în domeniul drogurilor să se afle principiile sănătății publice și drepturilor omului și să se sublinieze nestigmatizarea și nediscriminarea. De

asemenea, acestea au atras atenția asupra faptului că ar trebui să se acorde mai multă atenție grupurilor vulnerabile, policonsumului de droguri, aspectelor legate de sănătatea mintală, situației din penitenciare și prevenirii deceselor legate de consumul de droguri.

Printre prioritățile pentru acțiune identificate de acest forum se numără:

- îmbunătățirea coordonării dintre administrația publică și societatea civilă;
- dezvoltarea unor standarde de calitate în reducerea cererii de droguri;
- îmbunătățirea mecanismelor de culegere a datelor și sprijinirea dezvoltării alternative in țările terțe.

Contribuția ONG-urilor la progresele înregistrate în atingerea obiectivelor stabilite la UNGASS 1998 a fost evaluată de Comitetul ONG pentru stupefiante din Viena, cu sprijin financiar din partea Comisiei Europene și a mai multor state membre ale UE. Declarația finală a forumului de la Viena, în iulie 2008 și cele trei rezoluții adoptate de forum au subliniat multiplele activități ale ONG-urilor și rolul tot mai important al acestora în politica din domeniul drogurilor. ONG-urile au făcut apel la guverne și la organizațiile internaționale să le consulte cu regularitate și să le ofere mai mult sprijin. Dintre apelurile făcute, pe lângă statele membre și organizațiile internaționale, pot fi identificate câteva teme:

- politică echilibrată și cuprinzătoare în domeniul drogurilor, întemeiată pe drepturile omului sănătatea publică și dovezi științifice;
- creșterea capacităților de monitorizare și evaluare;
- elaborarea și diseminarea de bune practici și, in special, de principii directoare pentru tratamente eficiente;
- accesibilitatea și furnizarea corespunzătoare a stupefiantelor utilizate ca analgezice;
- sancțiuni și dispoziții alternative pentru infracțiunile legate de consumul de droguri;
- respectarea drepturilor omului, ale deținuților (dependenți de droguri) sau ale persoanelor aflate în arest pentru infracțiuni legate de droguri.

■ *Strategii și planuri de acțiune naționale în domeniul drogurilor*

Strategiile și planurile de acțiune constituie în prezent instrumente esențiale ale politicilor naționale în domeniul drogurilor din Europa. Toate cele 30 de țări monitorizate de OEDT au adoptat astfel de documente, pe care le reînnoiesc periodic. În 2008 au fost adoptate noi documente naționale de politică în domeniul drogurilor de către Grecia, Franța și Regatul Unit. Grecia a adoptat un plan de acțiune (2008-2012) în completarea strategiei sale în domeniul drogurilor. Printre obiectivele noului plan se numără îmbunătățirea acordării de tratament în domeniul drogurilor. Noul plan de acțiune din Franța (2008-2011) vizează drogurile ilegale, alcoolul și tutunul. O prioritate-cheie a acestei țări constă în descurajarea tinerilor să înceapă consumul de droguri prin reafirmarea interdicției consumului de droguri și informarea tinerilor și părinților acestora cu privire la riscurile legate de consumul de droguri. Noua strategie în domeniul drogurilor

(2008-2018) și planul de acțiune (2008-2011) adoptate de Regatul Unit urmăresc să limiteze oferta de droguri ilegale și să reducă cererea de astfel de droguri, acordând în același timp o atenție deosebită protejării familiilor și consolidării comunităților. Spania a adoptat o nouă strategie privind drogurile în februarie 2009, iar alte opt state (Bulgaria, Irlanda, Italia, Lituania, Cipru, Portugalia, Romania, Slovacia) au adoptat ulterior noilor strategii și planuri de acțiune în domeniul drogurilor. Țările de Jos au înlocuit, în 2009, Cartea albă privind politica în domeniul drogurilor din 1995, iar Republica Cehă, Luxemburg, Ungaria, Slovenia, Croația, Turcia au reînnoit atât strategia cât și planul de acțiune în domeniul drogurilor. Aproximativ două treimi din țările europene raportează revizuirea continuă sau anuală a punerii în aplicare a acțiunilor stabilite în documentele lor naționale de politică în domeniul drogurilor. În majoritatea cazurilor se înaintează guvernului sau parlamentului un raport de activitate pe baza datelor strânse de la furnizorii de servicii și ministerele implicate în politica din domeniul drogurilor. Evaluatorii politicilor în domeniul drogurilor se confruntă cu o serie de dificultăți, considerabile, în încercarea de a corela rezultatele strategiilor sau ale planurilor de acțiune, din domeniul drogurilor, cu schimbările intervenite în situația drogurilor. Printre aceste dificultăți se numără probleme legate de evaluarea efectelor unui ansamblu larg de acțiuni și de înțelegerea limitată a influenței principalelor elemente contextuale cum ar fi piața drogurilor sau tendințele înregistrate in consumul de droguri și stilul de viață in randul tinerilor. Cu toate acestea, unele țări europene au depus eforturi pentru a stabili legături între strategiile sau planurile de acțiune în domeniul drogurilor și indicatorii situației drogurilor. Noul plan de acțiune al UE în domeniul drogurilor recomandând elaborarea de instrumente pentru măsurarea eficienței și a impactului politicilor în domeniul drogurilor. OEDT elaborează, de asemenea, orientări care să ajute statele membre să evalueze și să interpreteze rezultatele documentelor naționale de politică în domeniul drogurilor. Abordarea echilibrată a politicii în domeniul drogurilor de către Uniunea Europeană conferă o pondere egală reducerii cererii și ofertei de droguri.

O analiză a legislației naționale adoptate în decursul ultimilor zece ani arată că statele membre ale UE au legiferat în mod activ în conformitate cu acest angajament politic. Țările au instituit cadre de reglementare pentru anumite activități de reducere a riscurilor, mărind pedepsele pentru traficul de droguri. Două instrumente ale UE au impulsionat și mai mult aceste procese. În 2003, Consiliul European a emis o recomandare cu privire la prevenirea și reducerea riscurilor legate de consumul de droguri, în care solicita adoptarea unor măsuri, inclusiv furnizarea de tratamente de substituție corespunzătoare și acordarea accesului la distribuția și schimbul de materiale pentru injectare: Recomandarea Consiliului din 18 iunie 2003 (JO L 165, 3.7.2003, p. 31). Celălalt instrument, Decizia-cadru

2004/757/JAI a Consiliului din 25 octombrie 2004, solicita înăsprirea pedepselor pentru traficul de droguri ilegale.

■ *Tratamentul de substituție pentru opiacee*

Din 1998, 18 țări au raportat adoptarea a aproximativ 45 de texte juridice privind înființarea sau modificarea cadrului legal al programelor de tratament de substitute: în Irlanda (1998), Polonia (1999), Germania (2000), Republica Cehă și Portugalia (2001), Grecia și Luxemburg (2002), Belgia și Franța (2004), Letonia (2005) și Austria și Lituania (2007). Deși țările europene au abordat multe aspecte diferite ale tratamentului de substituție pentru opiacee în legile și reglementările adoptate, până în 2004 s-a observat o tendință însemnată de a defini substanțele permise. În această perioadă, aproximativ un sfert din texte au autorizat sau au reglementat utilizarea unor substanțe precum metadona sau buprenorfina. Pe de altă parte, o treime din cele raportate din 2002 au definit sau au facilitat accesul la programe. Prescrierea substanțelor de substituție pentru opiacee se limitează uneori la medicii din centre de tratament, deși frecvent este permisă și prescrierea de către alți medici. Legislația specifică prevede că tratamentele pot fi obținute de la dispensarele autorizate (de cele mai multe ori farmacii sau centre de tratament) deși unele țări ce permit distribuirea tratamentului și de către anumiți medici.

■ *Programele de schimb de ace și seringi*

Programele de schimb de ace și seringi pot funcționa la nivel local, regional sau național, uneori dispunând de un cadru juridic național care să le autorizeze, însă de cele mai multe ori fără un astfel de cadru. Dispozițiile legislative, raportate în Europa, au urmărit, în cea mai mare parte, crearea unui cadru juridic pentru astfel de intervenții (Slovenia în 1999, Polonia în 2001, Finlanda în 2003) sau definirea ori facilitarea drepturilor de acces la programele de schimb de ace și seringi (Belgia și Franța în 1998, Finlanda în 2003). În scurt timp, accentul legislativ s-a deplasat asupra reglementării acestor programe, Belgia, Portugalia și Luxemburg adoptând legi sau decrete specifice în 2000, 2001 și respectiv 2003. Aceste legi au reglementat categoriile de entități care pot desfășura astfel de programe și au definit dacă sunt permise sau nu distribuitoarele automate. În Portugalia, cadrul de reglementare a fost extins în 2007 în așa fel încât să includă programele de schimb de ace și seringi în penitenciare.

Unele țări au adoptat dispoziții legislative pentru a răspunde ingrijorărilor potrivit cărora programele de schimb de ace și seringi ar putea veni în conflict cu dispozițiile juridice menite să criminalizeze „facilitarea" consumului de droguri sau „incitarea" la acesta. În Belgia și în Germania, acest aspect a fost abordat printr-o clauză inclusă în legislație care exonerează în mod specific anumite programe de la orice astfel de acuzații, deși pot fi impuse limite cu privire la numărul de seringi distribuite. În cateva țări, poliției i-au fost furnizate orientări

cu privire la practica adecvată de asigurare a respectării legii în vecinătatea punctelor de distribuire a acelor și seringilor. În general, potrivit datelor raportate, confiscarea de seringi sau ace sterile se întamplă rareori în Uniunea Europeană.

4.4.3. Strategia națională antidrog: priorități, politici și cadrul juridic existent

Obiectivele specifice propuse de ANA sunt de natură a genera până în anul 2020 un impact favorabil asupra sănătății, ordinii și siguranței publice. În acest sens, planurile de acțiune aferente strategiei detaliază și stabilesc concret măsurile și intervențiile din domeniul reducerii cererii și ofertei drogurilor, pornind de la o abordare coerentă și eficientă. Strategia națională antidrog 2013-2020 urmărește să:

- reducă nivelul consumului și dependenței de droguri, precum și consecințele generate de acestea la nivelul sănătății, ordinii și siguranței publice;
- contribuie la reducerea disponibilității drogurilor pe piață;
- promoveze cunoașterea fenomenului prin evaluarea sistematică a tendințelor și provocărilor din domeniul drogurilor, în vederea fundamentării răspunsului instituțiilor și structurilor societății civile;
- asigure cadrul necesar dialogului și cooperării între instituțiile implicate și sectorul neguvernamental.

■ *Modificări legislative*

Aderarea României la Uniunea Europeană a implicat armonizarea legislației naționale cu cea a Uniunii Europene, adaptarea structurilor și mecanismelor administrației publice naționale în mod corespunzător celor ale Uniunii Europene, dar și dezvoltarea capacității administrative și juridice de implementare a acquis-ului european. România a adoptat gradual, alături de alte state și în special Statele Membre ale Uniunii Europene, un ansamblu de măsuri legislative destinate construcției și consolidării continue a cadrului legal și instituțional național, în contextul eficientizării cooperării internaționale, în scopul prevenirii și combaterii traficului și consumului de droguri. De asemenea, țara noastră a înregistrat progrese importante în lupta împotriva fenomenului drogurilor, având, în prezent, reglementări naționale conforme cu standardele europene și internaționale. Strategia dezvoltă cadrul național de politici, necesar implementării unui răspuns proactiv față de fenomenul consumului de droguri, alcool și tutun, precum și a traficului de droguri și precursori, prin obiective specifice și acțiuni integrate ale instituțiilor naționale și locale. Strategia națională antidrog 2013-2020 consolidează rezultatele pozitive obținute în urma implementării documentelor de politici publice anterioare și își propune să ofere soluții pentru depășirea dificultăților întâlnite în practică. Strategia națională antidrog propune o abordare

umanistă a consumului de droguri, care se reflectă inclusiv în obiectivele acesteia. Totodată, strategia se înscrie în cadrul normativ național și respectă principiile fundamentale ale Uniunii Europene: respectul față de demnitatea umană, libertate, democrație, egalitate și stat de drept. Strategia națională antidrog abordează integrat reducerea cererii și ofertei de droguri, concomitent cu dezvoltarea coordonării, cooperării internaționale, cercetării, evaluării și informării în domeniu, vizând atingerea următoarelor obiective generale:

- Reducerea cererii de droguri, prin consolidarea sistemului național integrat de prevenire și asistență, în concordanță cu evidențele științifice, ce cuprinde totalitatea programelor, proiectelor și intervențiilor universale, selective și indicate de prevenire implementate în școală, familie și comunitate, precum și intervențiile de identificare, atragere și motivare a consumatorilor de droguri în vederea furnizării de servicii de asistență specializată ce au ca finalitate integrarea socială.
- Reducerea ofertei de droguri prin identificarea și destructurarea rețelelor de trafic, reducerea disponibilității drogurilor pe piață și utilizarea eficientă a sistemului de aplicare a legii, concomitent cu dezvoltarea unor mecanisme instituționale de monitorizare și control, coordinate și adaptate nevoilor actuale și situației reale a fenomenului.
- Coordonarea în domeniul drogurilor, urmărește asigurarea unui concept unitar de acțiune în domeniul problematicii drogurilor și precursorilor, monitorizarea implementării politicilor naționale în domeniul drogurilor, utilizarea eficientă a resurselor și maximizarea rezultatelor intervențiilor realizate.
- În domeniul cooperării internaționale, se urmărește reafirmarea angajamentului României, asumat prin documentele internaționale și prin cele bilaterale sau multilaterale la care țara noastră este parte și consolidarea poziției ca partener activ în efortul mondial de reducere a cererii și ofertei de droguri precum și a traficului de precursori.
- Îmbunătățirea nivelului de cunoaștere a problematicii drogurilor la nivel național pornind de la evidențe științifice, prin monitorizare, cercetare și informare.

Conceptul Strategiei Naționale Antidrog 2013-2020 are ca fundament respectarea Cartei Drepturilor Fundamentale, a Convențiilor și Tratatelor internaționale în domeniul drepturilor omului și libertăților cetățeanului la care România este parte, aplicând în egală măsură următoarele principii:

1. Principiul responsabilității sociale – responsabilitatea pentru răspunsul la fenomenul drogurilor, de la nivel instituțional și comunitar, aparține entităților sociale implicate, în limitele atribuțiilor și sferei lor de acțiune.
2. Principiul participării sociale – implicarea comunității și structurilor societății civile în definirea și implementarea politicilor în domeniul drogurilor.

3. Principiul coordonării – asigurarea legăturii dintre măsuri, intervenții, factorii decizionali și sociali, pe baza consensului și cu respectarea autonomiei structurale, în scopul atingerii unui obiectiv comun.
4. Principiul respectării drepturilor omului – garantarea drepturilor și libertăților fundamentale în scopul evitării stigmatizării, discriminării, insecurității și excluziunii sociale.
5. Principiul interesului superior al copilului - va prevala în toate demersurile și deciziile care privesc copiii consumatori de droguri.
6. Principiul pragmatismului – adoptarea și implementarea de măsuri și intervenții fundamentate pe evidențe științifice.
7. Principiul multidisciplinarității – consolidarea demersurilor și intervențiilor prin îmbinarea diferitelor perspective disciplinare și practici profesionale.
8. Principiul echilibrului – abordarea proporțională a intervențiilor din domeniul reducerii cererii și a ofertei de droguri.
9. Principiul echității – garanția accesului egal și nediscriminat al tuturor cetățenilor la programe și servicii în domeniul drogurilor.
10. Principiul continuității – consolidarea și optimizarea rezultatelor obținute din implementarea documentelor de politici publice anterioare.
11. Principiul specificității – definirea și implementarea politicilor de răspuns are în vedere nevoile și realitățile specifice fiecărei zone de intervenție, precum și implicarea potențialului local pentru atingerea obiectivelor propuse.

Strategia națională antidrog abordează echilibrat și integrat reducerea cererii și ofertei de droguri prin îmbunătățirea activităților de prevenire și dezvoltarea circuitului integrat de asistență a consumatorilor de droguri respectiv diminuarea efectelor sociale ale infracționalității la regimul drogurilor și precursorilor, concomitent cu dezvoltarea coordonării, a cercetării, informării și cooperării internaționale în domeniu. Direcțiile de acțiune se axează pe: prevenirea consumului de droguri și asistența consumatorilor de droguri

Prevenirea consumului de droguri la nivelul școlii își propune:

- creșterea nivelului de informare, educare și conștientizare a populației școlare în vederea neînceperii consumului de droguri, în cadrul programelor școlare, extrașcolare și de petrecere a timpului liber;
- creșterea nivelului de informare, sensibilizare și conștientizare a populației școlare în vederea evitării transformării consumului experimental și ocazional în consum regulat, în cadrul programelor școlare, extrașcolare și de petrecere a timpului liber.

Programele de prevenirea în familie își propun:

- creșterea nivelului de sensibilizare și responsabilizare a familiilor în vederea oferirii de modele pozitive copiilor, în cadrul programelor de informare, educare și conștientizare cu privire la efectele consumului de droguri;

- dezvoltarea rolului proactiv al familiilor în viața copiilor în vederea formării sau întăririi abilităților pentru creșterea influenței factorilor de protecție.

Programele de prevenire în comunitate au ca obiective specifice:

- reducerea influenței factorilor de risc și dezvoltarea influenței factorilor de protecție în cadrul grupurilor vulnerabile, corelat cu nevoile și particularitățile acestora;
- reducerea influenței factorilor de risc și dezvoltarea influenței factorilor de protecție la categoriile profesionale ce sunt predispuse consumului de droguri, corelat cu nivelul de responsabilitate socială și particularitățile acestora;
- adoptarea unui stil de viață sănătos la nivelul populației generale, ca alternativă la consumul de droguri, în cadrul programelor de petrecere a timpului liber.

Campaniile de reducere a cererii de droguri își propun:

- creșterea nivelului de informare și conștientizare a populației generale și a populației la risc asupra efectelor, riscurilor și consecințelor negative ale consumului de droguri în vederea neînceperii sau întârzierii debutului consumului de droguri;
- creșterea nivelului de informare și sensibilizare a populației generale cu privire la aspectele medicale, psihologice și sociale ale consumului și dependenței de droguri în vederea diminuării, stigmatizării și marginalizării sociale a consumatorilor de droguri;
- creșterea nivelului de implicare a mediilor de comunicare în masă în promovarea și susținerea programelor de prevenire a consumului de droguri.

În domeniul asistenței consumatorilor de droguri, strategia națională antidrog își propune identificarea, atragerea și motivarea consumatorilor de droguri în vederea includerii în serviciile de asistență specializată ce presupune:

- diversificarea serviciilor de tip programe de substituție și programe de schimb de seringi, în comunitate și în sistemele privative de libertate, în vederea reducerii riscurilor și consecințelor negative asociate consumului de droguri;
- dezvoltarea intervențiilor de identificare, atragere și motivare a persoanelor consumatoare de droguri care nu au contact cu serviciile de asistență specializată, în special pentru persoanele cu istoric îndelungat de consum, persoanele consumatoare marginalizate sau excluse social, grupurile etnice, persoanele consumatoare care practică sexul comercial, bărbați care fac sex cu bărbați, femeile și copiii consumatori;
- îmbunătățirea accesului consumatorilor de droguri injectabile la servicii de prevenire, consiliere, tratament, testare și vaccinare HIV, HVB, HVC, TBC și a altor boli asociate, în comunitate și în sistemele privative de libertate;
- dezvoltarea capacității de răspuns interinstituțional a serviciilor sociale, serviciilor juridice, serviciilor de urgență, unităților de poliție și de arest, evidența populației, în vederea optimizării intervențiilor adresate consumatorilor de droguri care nu sunt incluși în programele specializate de asistență;

- creşterea nivelului de informare, educare şi conştientizare a consumatorilor de droguri, precum şi dezvoltarea de intervenţii adecvate în vederea prevenirii deceselor sau bolilor infecţioase asociate consumului de droguri.

Asistenţa specializată în vederea integrării sociale a consumatorilor de droguri îşi propune:

- dezvoltarea politicilor adecvate standardelor de calitate în vederea asigurării accesului în circuitul integrat de asistenţă a consumatorilor şi a consumatorilor dependenţi de droguri;
- adaptarea serviciilor din cadrul circuitului integrat de asistenţă la nevoile individuale ale consumatorilor şi la modelele de consum, cu accent pe policonsum, consum combinat de substanţe, consum de medicamente fără prescripţie, consum de substanţe nonopioide, precum şi consum de substanţe noi cu proprietăţi psihoactive;
- dezvoltarea politicilor adecvate nevoilor şi particularităţilor copiilor consumatori de droguri, în vederea identificării timpurii şi asigurării accesului în circuitul integrat de asistenţă;
- consolidarea şi diversificarea serviciilor din cadrul circuitului integrat de asistenţă, adresate persoanelor consumatoare de droguri aflate în sistemele privative de libertate;
- dezvoltarea de servicii interinstituţionale integrate pentru consumatorii de droguri care au săvârşit fapte penale cu pericol social redus şi pentru consumatorii de droguri aflaţi în evidenţa serviciilor de probaţiune în vederea includerii acestora în circuitul integrat de asistenţă.

Strategia abordează domeniul reducerii ofertei de droguri din perspectiva elementelor sale intrinseci, şi anume oferta de droguri pe piaţa ilicită şi măsuri de monitorizare, reducere şi control. Obiective specific presupun:

- cunoaşterea dimensiunii ofertei de droguri în România;
- dezvoltarea şi consolidarea sistemului instituţional şi legislativ privind combaterea ofertei de droguri;
- eficientizarea activităţilor specifice de combatere a ofertei de droguri, a deturnării şi traficului de precursori şi controlul domeniilor conexe: corupţie, spălare de bani, confiscarea şi recuperarea creanţelor;
- întărirea mecanismelor de cooperare poliţienească şi judiciară în cadrul forumurilor europene, internaţionale şi ale zonelor de interes strategic internaţional pentru România.

■ *Acte normative de referinţă*

Principalele instrumente juridice internaţionale referitoare la traficul şi consumul de droguri, ratificate de România, ori care au incidenţă asupra fenomenului drogurilor, drepturilor omului, precum şi actele juridice ale Uniunii Europene relevante sunt următoarele:

- Convenția de cooperare polițienească pentru Europa de Sud-Est, adoptată la Viena în data de 5 mai 2006, ratificată prin Legea nr. 214/2007;
- Convenția cadru WHO pentru controlul tutunului, adoptată la Geneva la 21 mai 2003, ratificată prin Legea nr. 332/2005;
- Convenția contra traficului ilicit de stupefiante și substanțe psihotrope, întocmită la Viena la 20 decembrie 1988, ratificată prin Legea nr. 118/1992;
- Convenția asupra substanțelor psihotrope, întocmită la Viena la 21 februarie 1971, ratificată prin Legea nr. 118/1992;
- Convenția unică asupra stupefiantelor din 1961, astfel cum a fost modificată prin protocolul din 1972, ratificată prin Decretul nr. 626/1973;
- Decizia 2005/387/JAI a Consiliului din 10 mai 2005 privind schimbul de informații, evaluarea riscurilor și controlul noilor substanțe psihoactive;
- Decizia-cadru 2004/757/JAI a Consiliului din 25 octombrie 2004 de stabilire a dispozițiilor minime privind elementele constitutive ale infracțiunilor și sancțiunile aplicabile în domeniul traficului ilicit de droguri;
- Pactul European împotriva drogurilor sintetice, adoptat la 27-28.10.2011 de către Consiliul JAI;
- Pactul European privind combaterea traficului internațional de droguri – întreruperea rutelor cocainei și heroinei, aprobat în 3 iunie 2010 de către Consiliul JAI.

Principalele acte normative naționale în domeniu:

- Legea nr. 194/2011 privind combaterea operațiunilor cu produse susceptibile de a avea efecte psihoactive, altele decât cele prevăzute de acte normative în vigoare;
- Legea nr. 292/2011 a asistenței sociale;
- Legea nr. 339/2005 privind regimul juridic al plantelor, substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope, cu modificările și completările ulterioare;
- Legea nr. 381/2004 privind unele măsuri financiare în domeniul prevenirii și combaterii traficului și consumului ilicit de droguri;
- Legea nr. 64/2005 privind participarea României ca membru cu drepturi depline la Grupul de cooperare pentru combaterea consumului și traficului ilicit de droguri (Grupul Pompidou) din cadrul Consiliului Europei;
- Legea nr. 143/2000 privind prevenirea și combaterea traficului și consumului ilicit de droguri, cu modificările și completările ulterioare;
- Hotărârea Guvernului nr. 461/2011 privind organizarea și funcționarea Agenției Naționale Antidrog;
- Hotărârea Guvernului nr. 1543/2009 privind aprobarea plății contribuției anuale pentru participarea Inspectoratului General al Poliției Române, prin Agenția Națională Antidrog, la Fundația Europeană Helpline (FESAT);
- Hotărârea Guvernului nr. 1102/2008 privind aprobarea Programului național de asistență medicală, psihologică și socială a consumatorilor de droguri 2009-2012, cu completările ulterioare;

- Hotărârea Guvernului nr. 1101/2008 privind aprobarea Programului de interes național de prevenire a consumului de tutun, alcool și droguri 2009-2012;
- Hotărârea Guvernului nr. 1915/2006 pentru aprobarea normelor metodologice de aplicare a prevederilor Legii nr. 339/2005 privind regimul juridic al plantelor, substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope, cu modificările și completările ulterioare;
- Hotărârea Guvernului nr. 860/2005 pentru aprobarea Regulamentului de aplicare a dispozițiilor Legii nr. 143/2000 privind combaterea traficului și consumului ilicit de droguri, cu modificările și completările ulterioare;
- Hotărârea Guvernului nr. 539/2005 pentru aprobarea Nomenclatorului instituțiilor de asistență socială și a structurii orientative de personal, a Regulamentului-cadru de organizare și funcționare a instituțiilor de asistență socială, precum și a Normelor metodologice de aplicare a prevederilor Ordonanței Guvernului nr. 68/2003 privind serviciile sociale.

Alte instrumente legislative naționale în domeniu:

- Legea nr. 350/2005 privind regimul finanțărilor nerambursabile din fonduri publice allocate pentru activități nonprofit de interes general, cu modificările și completările ulterioare;
- Legea nr. 39/2003 privind prevenirea și combaterea criminalității organizate, cu modificările și completările ulterioare;
- Legea nr. 349/2002 pentru prevenirea și combaterea efectelor consumului produselor din tutun, cu modificările și completările ulterioare;
- Legea voluntariatului nr. 195/2001, cu modificările și completările ulterioare;
- Ordonanța Guvernului nr. 68/2003 privind serviciile sociale, aprobată prin Legea nr.515/2003, cu modificările și completările ulterioare;
- Ordonanța Guvernului nr. 92/2000 privind organizarea și funcționarea serviciilor de reintegrare
- socială a infractorilor și de supraveghere a executării sancțiunilor neprivative de libertate, aprobată prin Legea nr.129/2002, cu modificările și completările ulterioare;
- Hotărârea Guvernului nr. 220/2011 pentru aprobarea Strategiei naționale de management integrat al frontierei de stat a României în perioada 2011-2012;
- Hotărârea Guvernului nr. 124/2013 privind aprobarea programele naționale de sănătate pentru anii 2013 și 2014;
- Ordinul ministrului sănătății nr. 121/2011 al pentru constituirea echipelor mixte ce vor efectua controale, conform competențelor legale, în locurile și/sau în mediile în care se produc, se comercializează, se utilizează sau se consumă substanțe și/sau produse noi cu efecte psihoactive, dăunătoare sănătății, altele decât cele reglementate;

- Ordinul comun al ministrului justiției și ministrului sănătății nr. 429/C/125/2012 privind asigurarea asistenței medicale persoanelor private de libertate aflate în custodia Administrației Naționale a Penitenciarelor;
- Ordinul ministrului sănătății nr. 422/2013 al pentru aprobarea Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate publică pentru anii 2013 și 2014;
- Ordinul comun al ministrului sănătății publice, ministrului muncii, familiei și egalității de șanse și ministrului internelor și reformei administrative nr. 1389/513/282/2008 privind aprobarea Criteriilor și metodologiei de autorizare a centrelor de furnizare de servicii pentru consumatorii de droguri și a Standardelor minime obligatorii de organizare și funcționare a centrelor de furnizare de servicii pentru consumatorii de drogurii;
- Ordinul comun al ministrului sănătății publice și ministrului internelor și reformei administrative nr. 770/192/2007 pentru aprobarea Metodologiei de completare a fișelor standard și de transmitere a datelor prevăzute în foaia individuală de urgență pentru consumul de droguri, în foaia individuală de admitere la tratament pentru consumul de droguri, în fișa privind cazurile înregistrate de HVC și HVB în rândul consumatorilor de droguri injectabile și în fișa standard de prevalența infecțiilor cu HIV, HVB și HVC în rândul consumatorilor de droguri injectabile;
- Ordinul ministrului justiției nr. 1216/C/2006 privind modalitatea de derulare a programelor integrate de asistență medicală, psihologică și socială pentru persoanele aflate în stare privativă de libertate, consumatoare de droguri;
- Ordinul ministrului muncii, solidarității sociale și familiei nr. 383/2005 pentru aprobarea standardelor generale de calitate privind serviciile sociale și a modalității de evaluare a îndeplinirii acestora de către furnizori;
- Ordinul comun al ministrului sănătății și familiei și ministrului justiției nr. 898/725/2002 și privind măsurile medicale și educative aplicate toxicomanilor în penitenciare;
- Ordinul ministrului sănătății și familiei nr. 187/2002 pentru definirea tipurilor de unități medicale ce pot fi abilitate să asigure asistență medicală persoanelor dependente de droguri, precum și a organizațiilor neguvernamentale ce pot fi abilitate să desfășoare activități de prevenire a transmiterii microorganismelor patogene pe cale sanguină în rândul consumatorilor de droguri injectabile;
- Dispoziția directorului Agenției Naționale Antidrog nr. 222/1/2011 de aprobare a Metodologiei de lucru cu voluntarii în cadrul Agenției Naționale Antidrog;
- Decizia președintelui Agenției Naționale Antidrog nr. 17/2006 pentru aprobarea Metodologiei de elaborare, modificare și implementare a planului individualizat de asistență a consumatorului de droguri;

- Decizia președintelui Agenției Naționale Antidrog nr. 16/2006 pentru aprobarea Standardelor minime obligatorii privind managementul de caz în domeniul asistenței consumatorului de droguri.

Principalele instrumente juridice internaționale și acte juridice ale Uniunii Europene în domeniul precursorilor de droguri:

- Convenția contra traficului ilicit de stupefiante și substanțe psihotrope, întocmită la Viena la 20 decembrie 1988, ratificată prin Legea nr.118/1992;
- Regulamentul (CE) nr. 111/2005 al Consiliului privind supravegherea comerțului cu precursori de droguri între Comunitate și țările terțe;
- Regulamentul (CE) nr. 1277/2005 al Comisiei din 27 iulie 2005 care stabilește modalitățile de aplicare ale Regulamentului (CE) nr. 273/2004 al Parlamentului European și al Consiliului privind precursorii de droguri și ale Regulamentului (CE) nr. 111/2005 al Consiliului cu privire la regulile ce trebuie stabilite pentru supravegherea comerțului cu precursori între Comunitate și țările terțe;
- Regulamentul (CE) nr. 273/2004 al Parlamentului European și al Consiliului din 11 februarie 2004 privind precursorii de droguri.

Principalele acte normative naționale în domeniul precursorilor ce pot fi folosiți la fabricarea ilicită a drogurilor:

- Ordonanța de Urgență a Guvernului nr. 121/2006 privind regimul juridic al precursorilor de droguri, aprobată prin Legea nr.186/2007 cu modificările și completările ulterioare;
- Hotărârea Guvernului nr. 358/2008 pentru aprobarea Regulamentului de aplicare a O.U.G. nr. 121/2006 privind regimul juridic al precursorilor de droguri, precum și pentru modificarea H.G. nr. 1489/2002 privind înființarea Agenției Naționale Antidrog.

Documente strategice internaționale:

- Declarația politică de la Viena (martie 2009);
- Planul de acțiune (al *Declarației politice de la Viena)* pentru o cooperare internațională către o strategie integrată și echilibrată de combatere a problematicii drogurilor la nivel mondial.

Documente strategice europene:

- Strategia de securitate internă a Uniunii Europene (COM 2010/673);
- Strategia Uniunii Europene privind drogurile 2005-2012, adoptată de Consiliul European în 16-17 decembrie 2004;
- Planul de acțiune al Uniunii Europene privind drogurile pentru perioada 2009-2012 (2008/C 326/09);
- Programul multianual Stockholm (2010-2014), adoptat de către Consiliul European (2010/C 115/01) și Planul de acțiune al Comisiei Europene pentru implementarea Programului multianual Stockholm;

Documente strategice naționale:

- Strategia națională de ordine publică 2010-2013, aprobată prin Hotărârea Guvernului nr. 1040/2010 pentru aprobarea Strategiei naționale de ordine publică 2010-2013;
- Programul de guvernare al României 2013-2016 (Capitolul 20 – Ordine și siguranța cetățeanului) aprobat prin Hotărârea Parlamentului nr. 45/2012 pentru acordarea încrederii Guvernului.

BCUIASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

BCUIAS/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Capitolul 5

Strategii de intervenție în consumul de droguri. Rolul familiei, al școlii și al comunității în prevenirea consumului de droguri

5.1. Consumul de droguri în rândul tinerilor. Cercetare privind consumul de substanțe în rândul tinerilor din Municipiul Iași

Scopul cercetării a fost acela de a identifica, pe lângă aspectele ce țin de prevalența și incidența consumului de droguri în rândul tinerilor, stabilirea nivelului de notorietate și a gradului de satisfacție cu privire la activitatea instituțiilor în domeniu, factorii determinanți ai consumului și modalități de optimizare a strategiilor de intervenție pentru prevenirea debutului și/sau întreruperea consumului de substanțe.

Obiective specifice:

- determinarea prevalenței consumului de droguri în rândul populației școlare din Iași;
- cunoașterea caracteristicilor socio-demografice ale consumatorilor de droguri din rândul populației școlare din Iași;
- identificarea atitudinilor, cunoștințelor în ceea ce privește consumul de droguri, în rândul populației școlare;
- identificarea unor modele de consum în rândul populației școlare – realizarea unui profil al consumatorului de substanțe
- identificarea factorilor de risc și de protecție pentru populația școlară din Iași din perspectiva elevilor și a profesorilor.

Studiul a pornit de la următoarele ipoteze:

- dacă adolescenții sunt bine informați asupra efectelor nefaste ale drogurilor atunci vor avea o atitudine de respingere și refuz și nu vor mai fi tentați să consume droguri;
- dacă adolescentul se află în anturaj cu consumatori de droguri și există o accesibilitate mai mare a drogurilor, atunci crește șansa ca adolescentul să devină consumator;
- consumul de droguri apare mai frecvent la tinerii cu probleme psiho-sociale (probleme familiale, părinți cu atitudini tolerante sau care consumă alcool, tutun);

- prevalența consumului de droguri ilicite este mai ridicată în rândul celor care au consumat/consumă tutun și/sau alcool, decât în rândul celor care nu au consumat/nu consumă.

Pentru realizarea cercetării, într-o primă etapă, metodologia folosită a fost cantitativă pe bază de chestionar, autoadministrat, completat simultan de mai multe persoane. Pentru realizarea acestei cercetări s-a urmărit asigurarea confidențialității prin păstrarea anonimatului persoanelor intervievate. Menționăm că eșantionul este reprezentativ pentru populația școlară a municipiului Iași. Metoda de eșantionare folosită în acest studiu este una bistadială: stratificată în primul stadiu (criterii: tipul și mediul unității de învățământ și anul de studiu) și aleator, pe cote, în al doilea stadiu. Marja de eroare: „+,-" 3,4%, iar pragul de semnificație 0,95. Chestionarul a fost aplicat în 30 de licee din Municipiul Iași (conform bazei de date privind unitățile de învățământ de tip liceal din municipiul Iași, pusă la dispoziție de Inspectoratul Școlar Județean Iași). Tipul eșantionului: eșantion reprezentativ pentru populația de elevi de liceu din clasele a IX-a -XII-a. Volumul eșantionului proiectat: 727 de elevi din clasele a IX-a (168), a X-a (176), a XI-a (184) și a XII-a (188) de elevi.

Structura pe vârstă a liceenilor participanți la studiu se prezintă astfel: 70% au vârsta sub 18 ani, 28,9% au vârsta de 18 ani și peste iar un procent de 1,1% au refuzat să-și declare numărul anilor împliniți.

Din punct de vedere al mediului de proveniență 24,8% dintre participanți la studiu au declarat că provin din mediul rural iar 66,9% aparțin mediului urban.

Liceeni participanți la studiu fac parte din familii preponderent cu un copil, astfel procentul celor care nu au frați/surori este de peste 62,7%.

Un procent de 26,8% dintre liceeni mai au un frate mai mare de 18 ani și 23,8% cu un frate mai mic de 18 ani. Procentul liceenilor cu o soră de peste 18 ani se ridică la 20,2%, iar al celor cu o soră mai mică de 18 ani la 17,2%.

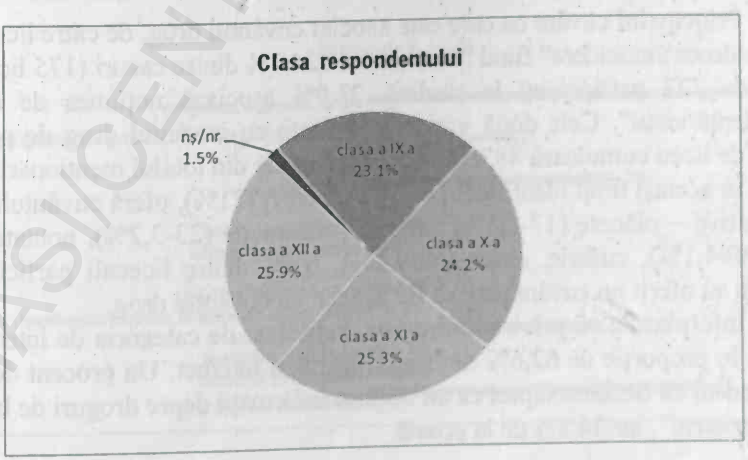
Pentru obținerea de date semnificative, cercetarea a fost completată de o metodologie de tip calitativ prin folosirea interviului comprehensiv. Eșantionarea a fost una teoretică numărul interviurilor depinzând de gradul de saturație a modelului. Pentru selectarea subiecților care au intrat în eșantionul cercetării calitative a fost folosit un chestionar de recrutare, cu întrebări filtru. Au fost realizate un număr de 122 de interviuri, 60 în rândul profesorilor și 62 în rândul elevilor. Menționăm că profesorii sunt cadre didactice ale liceelor în care au fost aplicate chestionarele. Cercetarea a vizat profesorii diriginți ai acestor licee, dintre aceștia 60 și-au arătat disponibilitatea de a răspunde întrebărilor. În ceea ce privește lotul de elevi intervievați, cercetarea viza elevii consumatori de substanțe (alcool, tutun, weed, droguri), din liceele municipiului. Fără să întrunească criteriile pentru reprezentativitate, datele culese au oferit o imagine de ansamblu asupra fenomenului.

În analiza datelor, pentru fiecare dintre: drogurile legale (alcool, tutun, weed) și drogurile ilegale s-au urmarit: prevalența de-a lungul vieții, frecvența consumului, vârsta de debut, locații de consum, asocierea cu caracteristicile sociodemografice (sex și vârstă, nivel de școlarizare, mediul de rezidență și situația familială), influența factorilor de risc și de protecție (accesibilitatea și disponibilitatea drogului, consumul în cadrul familiei și atitudinea părinților față de consumul copiilor, autoritatea părinților și implicarea acestora în educația copiilor, influența anturajului, relația cu școala/colegii, implicarea în activitățile școlare și extrașcolare de petrecere a timpului liber, cunoștințele despre droguri, percepția consecințelor urmare a consumului și opinii cu privire la consumul de droguri).

În urma răspunsului afirmativ la întrebarea „Consumi droguri?", a putut fi realizat și un profil al consumatorului de droguri, liceean, în baza analizării datelor obținute.

Cercetarea are la bază și o cercetare anterioară relizată în perioada aprilie-iunie 2009 „Consumul de droguri în rândul studenților din Iași. Prevalență, atitudini și cunoștințe" care a vizat analiza consumului de drog în rândul studenților și a fost realizată de Biroul de Prevenire, Evaluare și Consiliere Antidrog al Centrului Diecezan Caritas Iași în parteneriat cu S.C. Program Evaluation S.R.L. și Universitatea „Al. I. Cuza", Catedra de Sociologie și Asistență Socială. Într-o primă etapă, metodologia folosită a fost cantitativă, pe bază de chestionar. Eșantionul a cuprins un număr de 435 de studenți (de la toate facultățile de stat din Iași), cu o marjă de eroare de plus/minus 3%. Într-o a doua etapă, s-au organizat două focus-grupuri cu studenți din Iași, scopul acestor acțiuni fiind reprezentat de aprofundarea informațiilor obținute în urma aplicării chestionarelor și pentru a se identifica răspunsuri legate de atitudini și comportamente cu privire la consumul de droguri. (Cojocaru, Șt. și colab., 2009).

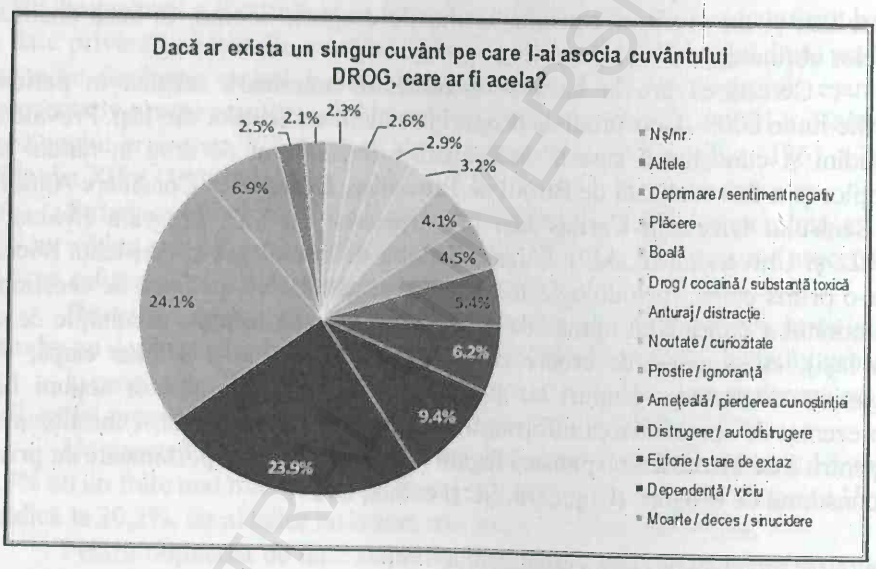
Figura 16: Structura pe clase a eșantionului



Analizând repartiția respondeților (elevi de liceu din Municipiul Iași) pe clase observăm că este echilibrată, astfel fiecare din cele patru nivele ale liceului dețin aproximativ 25 puncte procentuale, după cum urmează: clasa a IX-a (23,1%), clasa a X-a (24,2%), clasa a XI-a (25,3%) și clasa a XII-a (25,9%). Un procent de 1,5% dintre elevii participanți la studiu au refuzat să menționeze clasa din care fac parte.

Încercând să identificăm care este percepția elevilor cu privire la consumul de droguri, aceștia au fost rugați să asocieze cuvântul drog cu alt cuvânt. Elevilor nu li s-au prezentat variante de răspuns.

Figura 17: Semnificația atribuită drogurilor (perspectiva elevilor)

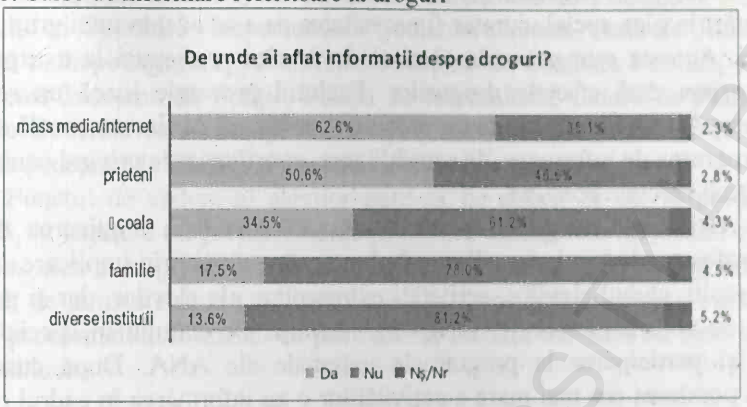


Principalul cuvânt cu care este asociat cuvântul drog, de către liceeni este „moarte/deces/sinucidere" fiind menționat de 24,1% dintre cazuri (175 liceeni din totalul de 727 participanți la studiu). 23,9% asociază noțiunea de drog cu „dependență/viciu". Cele două variante asociate cu cuvântul drog de populația elevilor de liceu cumulează 48,0 puncte procentuale din totalul menționărilor.

În același timp identificăm că 148 de elevi (21%), oferă cuvântului conotații pozitive – plăcere (17-2,3%), anturaj – distracție (23-3,2%), noutate, curiozitate (30-4,1%), euforie, extaz (68-9,4%). 6,9% dintre liceenii participanți la studiu nu au oferit un cuvânt care să fie asociat cu cuvântul drog.

Informațiile cu privire la droguri, indiferent de categoria de interes, sunt obținute în proporție de 62,6% din mass media și internet. Un procent de 50,6% dintre liceeni au declarat faptul că au obținut informații depre droguri de la grupul social „prieteni", iar 34.5% de la școală.

Figura 18: Surse de informare referitoare la droguri

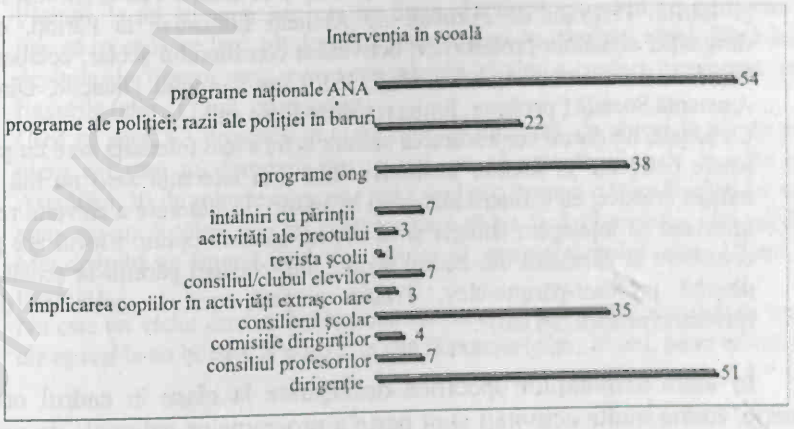


Familia este grupul social care ar trebui să reprezinte principala sursă de informare a adolescenților, în general, și al liceenilor în special, mai ales când subiectul este unul atât de delicat ca cel al drogurilor. Conform rezultatelor studiului realizat, doar un procent de 17,5% dintre liceeni au obținut informații despre droguri direct de la familie. 13,6% este procentul liceenilor care au apelat la instituții în vederea obținerii de informații cu privire la droguri.

5.1.1. Intervenția în școală

În cazul copiilor, cercetările au arătat că perioadele de vulnerabilitate sunt cele de tranziție, în care ei trec de la o etapă de dezvoltare la alta. Prima etapă de tranziție mai importantă este atunci când se desprind de mediul protector al familiei și încep viața școlară, unde își vor face noi prieteni.

Figura 19: Intervenția la nivelul școlii (perspectiva profesorilor)



Trecerea de la școala generală la liceu, colegiu/universitate presupune noi confruntări în plan social, cum ar fi necesitatea de a se adapta unui grup mai larg de egali. Aceasta este perioada când ei devin mai predispuși la a experimenta pentru prima dată efectele drogurilor. Factorul prevenție joacă un rol foarte important. Astfel, din discuțiile cu profesorii, reiese că în fiecare școală se desfășoară programe de informare, de sensibilizare, conștientizare privind consumul de substanțe și efectele acestora.

Activitățile de prevenire se desfășoară atât prin implicarea directă a școlii-profesori, diriginți, consilier/psiholog școlar, cât și prin implicarea elevilor: revista școlii, clubul elevilor, activități extrașcolare ale elevilor, dar și prin colaborarea cu autoritățile locale, ONG-uri, instituții ale statului în special poliția, preotul și participarea la programele naționale ale ANA. După cum putem observa ponderea cea mai mare a activităților o au informarea în cadrul orelor de dirigenție și informarea prin colaborarea cu ONG-uri care desfășoară activități specifice prevenirii consumului de substanțe, urmate de activitățile desfășurate de diriginți la clase.

„... o colaborare de tradiție cu o fundație care desfășoară campanii în școală (profesor, lb. rom, 36 ani).

Programe organizate de ONG-uri în care participă 70-80% dintre elevi, anul trecut a fost un program realizat de poliția comunitară (profesor, matematică, 51 ani).

Colaborare cu Centrul Regional al ANA-Pauză fără fumat, Safe driving, Mesajul meu antidrog, Reprezentanți ai IPJ care vin și desfășoară activități, orele de dirigenție, consiliul elevilor (profesor, matematică, 34 ani).

Cursuri speciale de instruire punând foarte mult accentul pe prevenție, care, consider eu că, este mult mai eficace în această situație (profesor, geografie, 47 ani).

Am participat la campania națională „Alcoolul nu te face mare". Programul s-a implementat în toate clasele de liceu și chiar și la clasa a VIII-a, am fost implicați și într-un Program de Formare de Abilități Educative la Părinți, orele de dirigenție, consiliile profesorilor, activitatea consilierului școlar, colaborarea cu CPECA, poliția municipilului, DSP, ISJ, Casa Corpului Didactic, Direcția de Asistență Socială (profesor, limba română, 35 de ani).

Ca școală, ne dorim contracararea acestor acte, avem toleranță zero cu privire la actele petrecute în incinta institutiei, însă prin toleranță zero nu mă refer la măsuri drastice, ca exmatricularea, ci la măsuri de ajutorare a elevului respectiv, încercăm să înțelegem situația și să oferim ajutorul optim. Elevul are parte de consiliere la cabinetul din cadrul școlii, sunt chemați părinții la școală, au loc discuții profesor-părinte-elev. Tratăm această temă la orele de diriginție (profesor, muzică, 26 ani)".

În afara activităților specifice desfășurate la clase în cadrul orelor de dirigenție, foarte multe activități sunt parte a programelor naționale de prevenire

în școli desfășurate de ANA în colaborare cu Ministerul Educației, Cercetării, Tineretului și Sportului, Inspectoratele Școlare Județene, Centrele Județene de Asistență Psihopedagogică, Autoritățile Județene de Sănătate Publică, Primării, Inspectorate Județene de Poliție, Poliția de Proximitate, Centre de Plasament – Direcțiile Generale de Asistență Socială și Protecția Copilului, Case de Cultură, Direcțiile Județene de Tineret și Sport, Ministerul de Interne.

Punctul de vedere al elevilor pare să fie diferit de cel al profesorilor. Astfel că, în legătură cu programele de prevenire desfășurate în școală, elevii fie nu cunosc asemenea programe, fie nu participă pentru că nu le înțeleg finalitatea. Mai mult de jumătate dintre cei intervievați nu consideră consumul substanțelor ca fiind problematic; ei afirmă că pot renunța oricând dar încă nu sunt decișI să facă acest lucru.

„Nu știu dacă școala poate avea o influență foarte mare asupra noastră din moment ce pe zi ce trece apar tot mai mulți «euforiști» , numărându-se printre ei chiar și așa zișii «tocilari». Consider că școala nu se prea interesează de aceste lucruri, evitându-le, dar dacă există și sunt constrânși de situație, directorii și profesorii, atunci intervin superficial pentru rezolvarea ei (elev, liceu teoretic, 16 ani).

Eu cred că, dacă vrei să încerci și încerci, depinde de tine când te oprești și cum. Nu cred că e ceva serios așa încât, să trebuiască luate măsuri, decât dacă te injectezi sau iei cine știe ce prostii (elev, liceu vocațional, 16 ani).

Poate că sunt bune pentru cei mici. Noi știm și ce sunt și ce fac și nu fac nimic rău (substanțe). Dacă întreci măsura, și mâncarea îți face rău (elev, 17 ani, liceu teoretic).

A venit poliția și a prezentat despre efectele alcoolului la volan. Bine... aici sunt de acord... dar așa, să te duci la o petrecere, și să consumi, nu e nimic rău în asta. Acum, strâng bani pentru camere video, ca să ne vadă părinții de acasă (elev, 17 ani, grup școlar).

La școală, ce pot să ne facă, să ne spună ce se poate întâmpla, asculți, vezi și atât. Părinții, la fel, îți spun: nu bea, nu fuma, dar după aia, când nu e nimeni lângă tine să te vadă ce faci, tot degeaba spun ei dacă tu gândești altfel. Până la urmă depinde de fiecare, una e ce spun părinții și alta e ce faci tu și cum vezi tu lucrurile (elev, 17 ani, grup școlar).

Cred că sunt 2-3 persoane în clasă care nu fumează, de obicei la aceste acțiuni merg cei care nu fumează sau, și noi, ca să mai chiulim de la câte o oră. Ascultăm 30 de minute persoane care vorbesc întruna despre lucruri pe care le știm, nu am întâlnit nici un profesor care să ne facă observații, nici gardianul. Mai degrabă ne anunță când vine directorul: stingeți țigările! (elev, 17 ani, liceu teoretic).

Nu este un viciu, este un hobby, consum doar la ocazii. Dacă nu aș da banii pe ele aș ieși la un biliard, la o bere, la altă distracție (elev, 18 ani, liceu teoretic)".

5.1.2. Relația școală-familie

Un rol important în activitatea de prevenire trebuie acordat familiei. În ceea ce privește implicarea acesteia au fost menționate de către profesorii intervievați, doar două programe care privesc formarea abilităților parentale, de cele mai multe ori familia este doar informată cu privire la existența cazurilor de consumatori în școală, lipsind deci implicarea activă a acesteia. Intervievați în legătură cu relația pe care o dezvoltă cu familia pe parcursul perioadei de școlarizare, în unanimitate, profesorii au răspuns că acolo unde nu sunt probleme, nici relația cu famila nu ridică probleme dar, chiar și în acest caz sunt foarte puțini părinți care se interesează efectiv de copiii lor și care vin la școală din proprie inițiativă. „În cazurile cu probleme și familiile sunt cu probleme astfel încât nu putem relaționa mai deloc" (profesor, religie, 36 de ani).

De obicei, părinții vin la școală atunci când sunt chemați, la ședințele cu părinții. Toți profesorii au răspuns că au zile, intervale orare pe care le dedică întâlnirilor cu părinții, dar nu sunt solicitați. „...părinții vin la școală doar dacă sunt chemați, iar de multe ori, nici atunci..." (profesor, matematică, 35 de ani).

„În afara ședințelor cu părinții, 2-3 ori pe an, părinții nu se mai interesează de copii. Responsabili de asta nu pot fi decât părinții care nu se îngrijesc de copii" (profesor, engleză, 35 de ani).

Pe de altă parte, vorbind despre relația părinte-copil-școală, atunci când au fost identificate comportamente de risc, profesorii aduc în atenție că:

- fie părinții reprezintă modele de consum pentru copiii lor, fie manifestă o totală lipsă de interes pentru copii, „Sunt părinți care îți mulțumesc pentru implicare, sunt dispuși să colaboreze cu școala pentru redresarea situației, dar sunt și părinți care neagă, care văd în această situație eșecul lor ca părinți. O colegă de catedră îmi povestea cum bănuia un elev de consumul de plante etnobotanice, i-a chemat părinții la școală, le-a vorbit deschis. Părinții au fost oripilați că doamna profesoară credea așa ceva despre fiul lor, au negat cu desăvârșire comportamentul straniu al fiului lor, pentru ei, el nu se schimbase cu nimic. În același semestru, părinții au cerut transferul elevului la o altă unitate de învățământ. Este trist că unii părinți aleg să nege decât să rezolve aceste probleme (profesor, muzică, 26 de ani)" .
- fie acuză școala pentru că s-a întâmplat așa ceva. „Când au fost probleme mai deosebite am chemat parinții la școală sau am mers eu la ei, am discutat, și gata. De ce?... pentru că parinții, iar revin la mentalitatea mea de profesor de modă veche, parinții din ziua de azi, sar în sus și își apără cu îndârjire odrasla, cum copilul meu? ... Nu se poate ....nu e de vină copilul meu...da...știu că a venit beat acasă...dar nu e de vină ea...celelalte fete...sunt de vina...Deci asta este atitudinea parinților, prea puțini sunt părinții care întradevăr se implică și intervin atunci când văd că, copii lor o iau pe căi greșite ...Are ceva cu copilul

meu de asta i-a scăzut nota la purtare, de asta m-a chemat la școală... (profesor, matematică, 54 de ani)".

Nu puține sunt cazurile când părinții manifestă neputință sau indignare

„Reacția familiei ne-a uimit și pe noi, mama ne-a spus că trebuie să plece la serviciu, și ce ar putea ea să facă dacă vine la școală. A venit, i-a dat o palmă băiatului după care a plecat. Sprijinul din partea familiei e foarte mic. Mulți copii fumează cu părinții lor acasă... noi ce mai putem face? Au fost cazuri în care bunicii, sau alte rude au venit și au spus: eu nu știu ce să fac cu el/ea. Faceți voi ce știți. Sunt cazuri în care părinții știu, dar nu fac nimic. Nu poți să stai cu copilul tău în casă și să nu-ți dai seama că a băut sau a fumat, sau altele ... (profesor, matematică, 51 de ani).

Da, am avut părinți care veneau și îmi spuneau în felul următor: „Domnule diriginte vezi dumneata ce poți să îi mai faci că eu nu am ce să îi mai fac...". Nu știu dacă e normal așa, să vină un părinte să spună că nu mai are ce să îi facă copilului. Noi facem tot ce trebuie făcut, dar mai mult de 6 ore nu poți sta cu un elev, sau poate nici 6 ore nu stai cu el, sau orele de dirigenție. El pleacă din școală, pe drum până acasă nu îl mai putem controla și tot părintele e de vină sau nu pentru ceea ce face elevul (profesor, desen, 36 de ani).

Încercăm să colaborăm cu familia, organizăm ședințe cu părinții, dar până acum doar noi am anunțat familia când au fost probleme, nu s-a întâmplat invers, colaborarea cu familia este de multe ori o piatră de încercare (profesor, franceză, 34 de ani).

Noi ce putem face? Dacă părinții le permit, sau i-au scăpat din mână, noi cu atât mai puțin putem face ceva, cazurile problemă vin din familii problemă (profesor, religie 38 de ani).

Primul rol este al familiei, de aceea se și vorbește de cei șapte ani de acasă, însemnând principii de viață sănătoase (profesor, limba romană, 36 de ani).

Întotdeauna părinții care au o problemă cu copilul nu au timp pentru nimic de aceea cred că se ajunge aici, deoarece au fost lăsați liberi, fără să fie controlați, sau măcar întrebați în care cercuri se învârt. Cred că discuția cu un asemenea părinte ar putea să fie un început pentru rezolvarea unei probleme (profesor, informatică, 35 de ani).

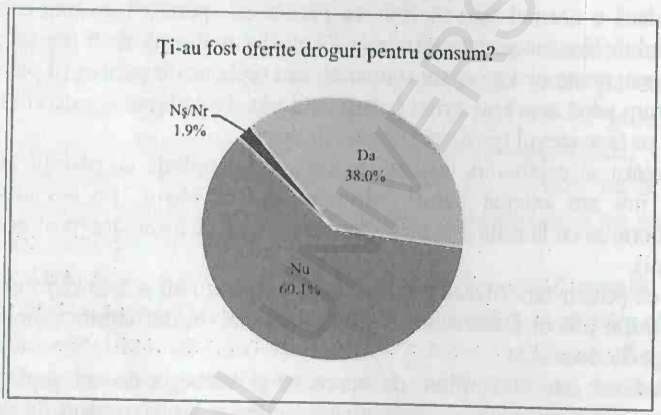
Cred că de cele mai multe ori familia nu-și exercita decât funcția economică, neglijând intenționat, voit sau nu, funcția de îndrumare și control pe care ar trebui să o exercite asupra propriilor copii (profesor, geografie, 38 de ani).

De regulă, cu noi, mențin o relație strânsă, părinții ai căror copii nu ridică probleme. În afara faptului că cei mai mulți vin la începutul anului școlar pentru programul social „bani de liceu", apoi dispar. Avem posibilitatea și obligativitatea de a-i înștiința în scris, de a apela la sprijinul Poliției, la Protecția copilului, ceea ce și noi facem foarte rar și doar în cazuri extreme. Eu personal, am anunțat părinții copiilor de la clasa la care sunt dirigintă că am o oră disponibilă pentru domniile lor, miercurea, de la 13 la 14, dar cu tristețe spun că sunt foarte rari cei care trec pragul școlii în acest interval. E păcat că părinții uită ce rol fundamental joacă. Poate că și realitatea socială îi împinge la această uitare (profesor, socio-umane, 51 de ani)".

Programele de prevenție pot crește influența factorilor protectori asupra copiilor prin educarea părinților în sensul unei mai bune comunicări intra-familiale, stabilirii de reguli ferme și precise și formării de aptitudini parentale. Cercetările au arătat că părinții trebuie să-și asume un rol mai activ în viața copiilor lor, să discute cu ei despre alcool, tutun și droguri, să le supravegheze activitățile, să le cunoască prietenii și să încerce să le înțeleagă problemele. Aceasta s-ar putea dovedi pentru mulți părinți o misiune delicată, deoarece mulți dintre ei sunt ei înșiși consumatori.

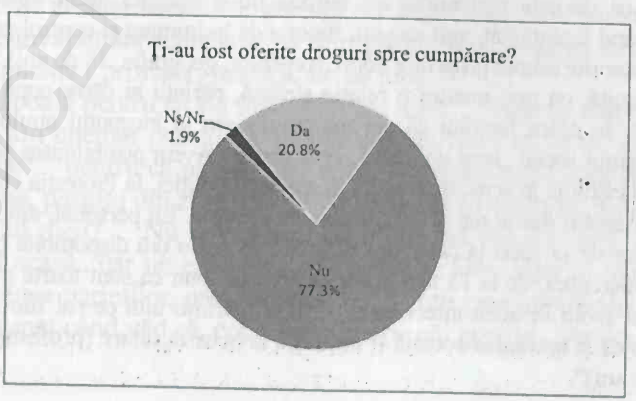
5.1.3. Consumul de droguri

Figura 20: Disponibilitatea drogurilor (oferta de consum)



Procentul liceenilor care au declarat că le-au fost oferite droguri spre consum se cifrează la 38,0%, iar 60,1% au declarat că nu li s-au oferit droguri spre consum, în timp ce 1,9% dintre liceenii participanți la studiu au evitat răspunsul.

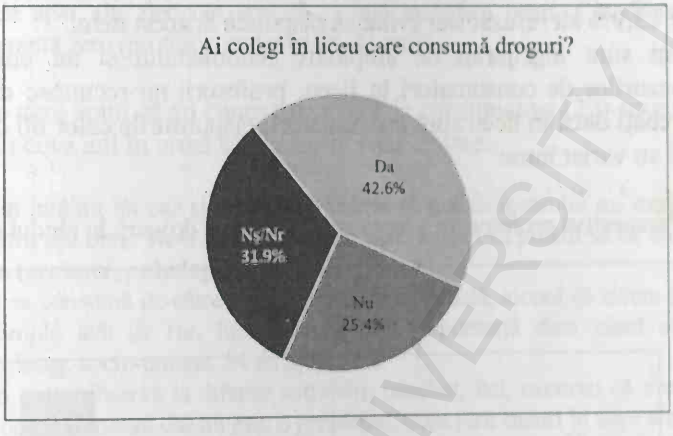
Figura 21: Disponibilitatea drogurilor(oferta de cumpărare)



BCUIAȘI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

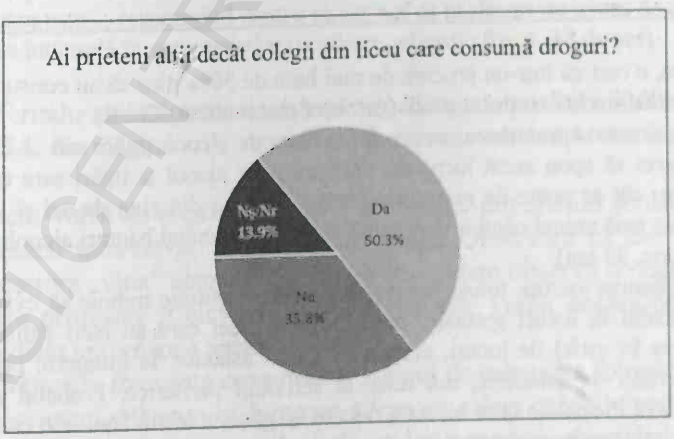
Un procent de 20,8% dintre liceeni au menționat faptul că le-au fost oferite droguri spre cumpărare, un procent de 77,3% au menționat faptul că nu le-au fost oferite spre cumpărare, iar 1,9% nu au oferit un răspuns în acest sens.

Figura 22: Consumul în grupul de colegi



Procentul liceenilor ce au colegi consumatori de droguri se ridică la 42,6%. 25,4% au declarat că nu au colegi în liceu care să consume droguri, în timp ce un procent semnificativ de mare au omis un răspuns clar în acest sens, mai exact 31,9% dintre liceeni au preferat varianta ocolitoare de răspuns „nu știu/nu răspund".

Figura 23: Consumul în grupul de prieteni



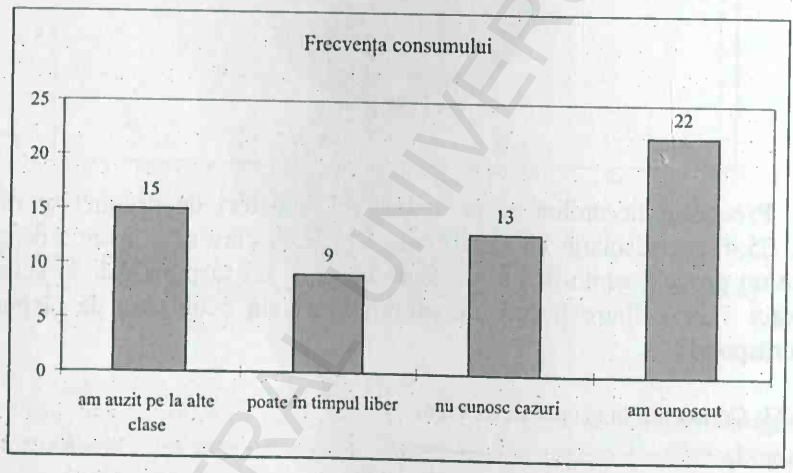
Procentul liceenilor care au colegi în liceu care consumă droguri este de 42,6%, în schimb procentul aceleeași categorii de adolescenți, înscriși în sistemul

BCU IAȘI / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

de învățământ liceal au declarat că au prieteni (exclusiv colegii de liceu) care consumă droguri în proporție de 50,3%. Observăm că procentul prietenilor consumatori este mai mare decât al colegilor consumatori. Putem vorbi de un grad mai mare de recunoaștere a problemei în afara spațiului școlar – o posibilă explicație ar pute-o constitui teama de repercursiuni. Un procent de 35,8% dintre liceeni participanți la studiu au menționat faptul că nu au prieteni care să consume droguri, iar 13,9% au refuzat sau evitat să răspundă la acest item.

Deși sunt îngrijorați de amploare fenomenului și au cunoștință de existența cazurilor de consumatori în liceu, profesorii nu recunosc deschis problema. Întrebați dacă în liceu sunt consumatori, răspunsurile celor 60 de profesori intervievați au variat între:

Figura 24: Perspectiva profesorilor asupra consumului de droguri, în rândul elevilor



„Da, e cert că într-un procent de mai bine de 50% știm că au consumat alcool în incinta sau în exteriorul școlii (profesor matematică, 52 ani).

Da, am avut asemenea cazuri de consum de alcool, țigări sau ... chiar droguri. Regret să spun acest lucru dar consumul de alcool și țigări este considerat un lucru cât se poate de normal în rândul tinerilor din ziua de azi și ... nu mai au nicio jenă atunci când îi vezi fumând sau consumând băuturi alcoolice (profesor, istorie, 33 ani).

Nu cunosc cazuri, totuși, un respect pentru instituție trebuie să existe, consumă probabil în locuri speciale, baruri, cluburi, cei care au bani suficienți să aibă acces în astfel de locuri, ceilalți în locuri ascunse, la întuneric pentru că sunt activități de întuneric, mă refer la activități periferice. Probabil prin parcuri, undeva în spatele unor blocuri, fiecare își găsește locul, bănuiesc că în funcție de anturaj (profesor, fizică, 55 ani).

Majoritatea profesorilor (15) spun că au auzit că se consumă, dar la alte clase, nu la clasele lor.

> „Eu, personal, la clasele la care predau, nu cunosc asemenea situații, dar sunt în școală elevi care fumează sau care beau. Conform regulamentului școlar, nu au voie să fumeze în curtea școlii, acest lucru însă înseamnă să-i fugărim în stradă unde apar alte pericole, așa că ... mai închidem ochii. Cât despre alcool ... toleranță zero (profesor, matematică, 41 ani)".

Cei care spun că au cunoscut cazuri de consumatori (22) spun că asta s-a întâmplat cu ceva ani în urmă sau cazurile sunt izolate.

> „Am întâlnit un caz și ne-am dat seama că noi ca instituție nu suntem pregătiți pentru așa ceva. Ne-a deschis ochii... nu credeam că putem să ne confruntăm cu asta (profesor, psihologie, 29 ani).
> Nu se consumă de către elevii de la noi din școală, alcool să zicem că da, dar se întâmplă atât de rar, încât am acordat importanță doar când s-a întâmplat (profesor, socio-umane, 54 de ani).
> Am putut observa la diferite activități, banchet, bal, excursii că elevii consumă alcool și fumează dar nu este o problemă. Sunt rare cazuri în care elevii vin băuți la școală, dintre vicii pe primul loc s-ar clasa fumatul chiar dacă fumează în afara școlii lângă poartă sau se știe că uneori și în băi chiar știind că riscă să fie exmatriculați. Unii dintre elevi, în special cei din mediul rural, în perioada de toamnă, octombrie-noiembrie a fiecărui an, când acasă la țară, se culegea via și se făcea mustul, vinul, veneau în mod constant băuți la școală (profesor, geografie 37 ani).
> Din fericire, nu am întâlnit astfel de cazuri în liceul nostru și sper să nu se întâmple nici de acum încolo. În liceu nu au fost astfel de situații, în afara școlii fiecare este ... responsabil pentru el, iar noi ca profesori nu avem de unde să știm ce se întâmplă în anturajele lor (profesor, educație fizică, 38 de ani).

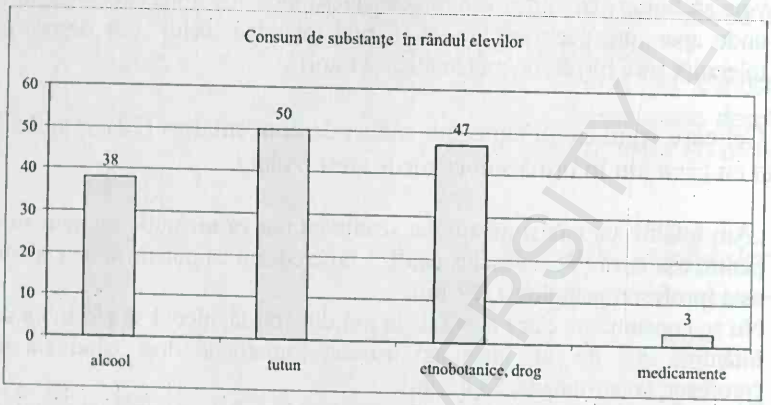
Referindu-ne la tipurile de substanțe consumate profesorii identifică tutun și alcool (54 de răspunsuri), dar și droguri sau substanțe etnobotanice (12 răspunsuri).

Putem vorbi de o externalizare a problemei din spațiul școlar. Doar doi dintre profesorii intervievați recunosc acest fapt. Observăm că din punctul de vedere al acestora „vina" aparține părinților deși putem observa o relație de complicitate între profesori și elevi, cel puțin când este vorba despre consumul de tutun în imediata apropiere a spațiului școlii.

Referitor la frecvența consumului și tipul de substanțe folosite din cei 62 de elevi intervievați, 50 spun că fumează și/sau au colegi care fumează; 38 dintre ei spun că au consumat și/sau colegi de ai lor consumă ocazional alcool, 47 recunosc consumul sau consumul la colegii lor a produselor etnobotanice sau a altor tipuri de droguri, iar 3 elevi au menționat utilizarea medicamentelor

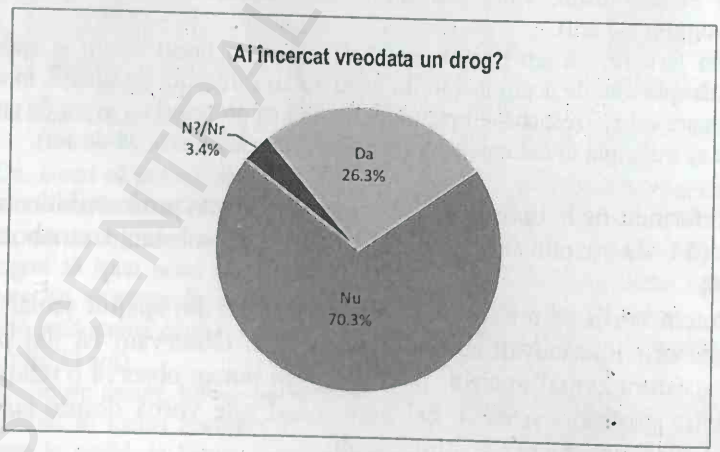
(romparkin, tusin forte, ser efedrinat, ketamină) în combinație cu alcool. „Toți prietenii mei au încercat măcar o dată, din curiozitate. Chiar dacă închid magazinele tot au de unde face rost (elev, 17 ani, grup școlar)".

Figura 25: Consumul declarat de substanțe(perspectiva elevilor)



Referitor la frecvența consumului, tutunul este cel mai uzual fiind folosit zilnic sau aproape zilnic, iar alcoolul și drogurile sunt folosite ocazional, în special la petreceri.

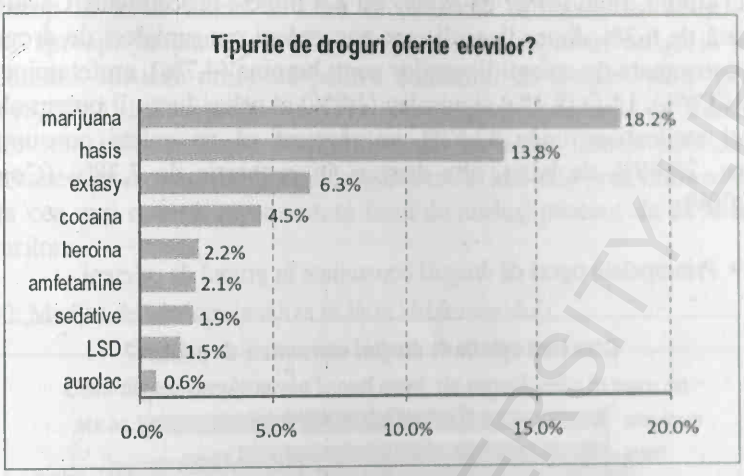
Figura 26: Prevalența consumului de droguri în rândul elevilor



Liceenii care au încercat vreodată un drog reprezintă 26,3% din totatul eșantionului; 70,3% au declarat că nu au încercat vreodată un drog și 3,4% nu au oferit un răspuns în acest sens.

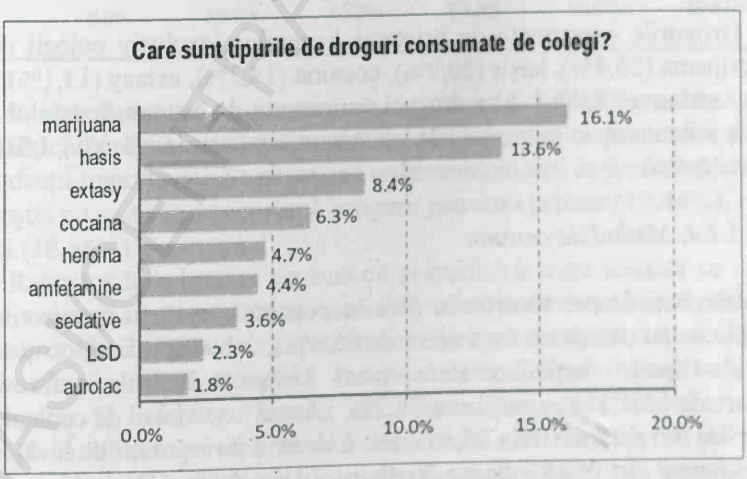
BCU CLUJ/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Figura 27: Principalele tipuri de droguri oferite spre consum



Cel mai frecvent drog oferit elevilor din clasele IX-XII este reprezentat de marijuana, acest tip de droguri fiind menționat de 18,2% dintre liceeni. Următorul drog, cu o pondere de 13,8% oferit liceenilor, este haşişul. Într-o pondere ceva mai mică, sub 10% elevilor le-au mai fost oferite următoarele categorii de droguri: extasy (6,3%), cocaină (4,5%), heroină (2,2%), amfetamine (2,1%), sedative (1,9%), acidul lisergic dietilamid (LSD – 1,5%) şi aurolac (0,6%).

Figura 28: Principalele droguri consumate în grupul de colegi

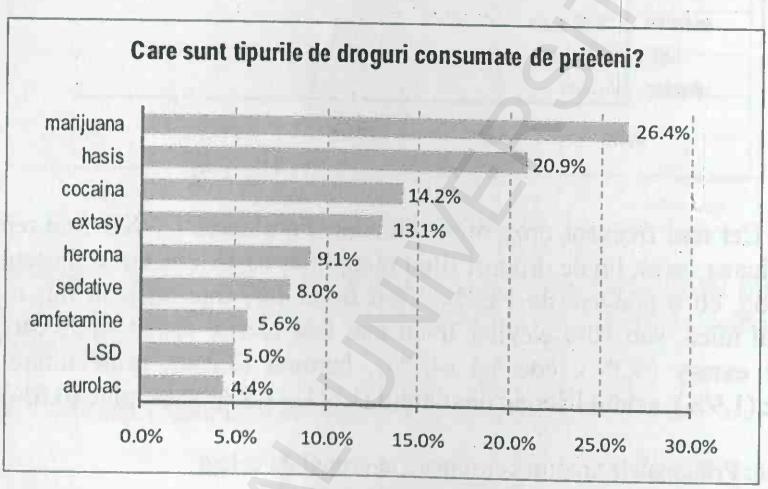


Marijuana este drogul cel mai frecent consumat de colegii participanții la studiu, astfel 16,1% au menționat acest stupefiant ca fiind drogul consumat de

BCUJ CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

colegi. În 8,4% haşişul este tipul de drog consumat de colegii liceenilor participanți la studiu, fiind urmat de extasy cu 8,4 puncte procentuale. Cacaina a fost menționată de 6,3% dintre liceenii care cau colegi consumatori de droguri. Alte droguri consumate de colegii liceenilor sunt: heroina (4,7%), amfetamine (4,4%), sedative (3,6%), LSD (2,3%) şi aurolac (1,8%). Acelaşi lucru îl putem observa şi în rândul studenților unde 42,62% au răspuns că au colegi consumatori de marijuana, 28,69% de haşiş, alte droguri în proporție de 7,38% (Cojocaru şi colab., 2009).

Figura 29: Principalele tipuri de droguri consumate în grupul de prieteni



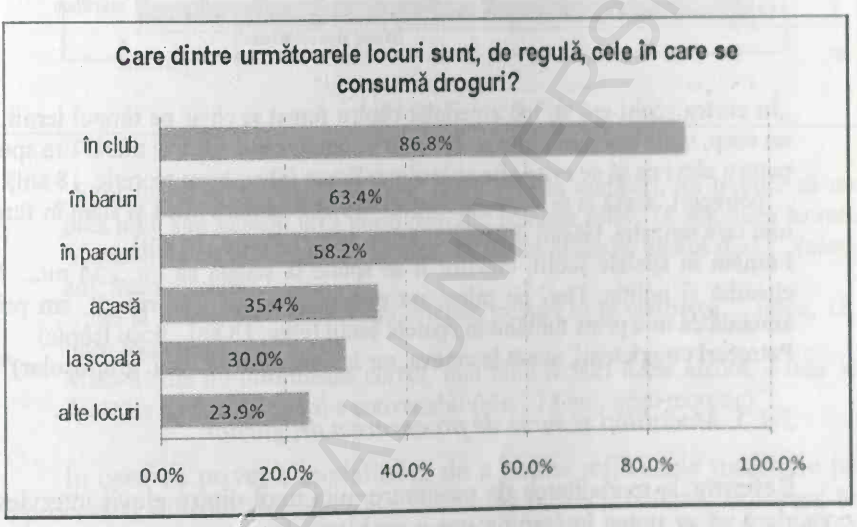
Drogurile consumate de prietenii liceenilor (exclusiv colegii de liceu) sunt: marijuana (26,4%), haşiş (20,9%), cocaina (14,2%), extasy (13,1%), heroină (9,1%) şi sedative (8,0%). Alte droguri consumate de pritenii liceenilor şi menționate de aceştia într-o proporție mai mică sunt: amfetamine (5,6%), LSD (5,0%) şi aurolac (4,4%).

5.1.4. Mediul de consum

Întrebați despre locurile în care se consumă, cel mai frecvent, droguri, elevii de liceu au menționat în procent de 86,8% „clubul" ca fiind locația cea mai propice desfăşurării acțiunilor de consum. Urmează barurile o frecvență de menționare de 63,4% şi parcurile cu 58,2%. „Acasă" este locul de consum regulat al drogurilor din perspectiva a 35,4% dintre liceeni, iar instituții de învățământ au fost menționate de 30,0% dintre participanții la studiu. Dintre locurile unde studenții au văzut că se consumă droguri, cluburile sunt cele preferate pentru asemenea practici (Cojocaru şi colab., 2009). Această apreciere este făcută de

către studenții care au frecventat astfel de locuri (studenții au fost întrebați dacă au fost prezenți în acele locuri în care se consumă droguri), iar acești studenți reprezintă aproape jumătate (40,46%) din eșantionul supus investigării. În ordine descrescătoare, locurile preferate pentru consumul de droguri sunt: petrecerile private (18,21%) și discotecile (16,53%). Se observă că locurile cu frecvența cea mai mare sunt cele destinate distracțiilor, dar cu acces limitat publicului larg. Locurile care sunt expuse publicului larg (barurile) sau cele prea intime (acasă) au frecvența cea mai redusă, reprezentate fiind de același procent de 31% în totalul răspunsurilor.

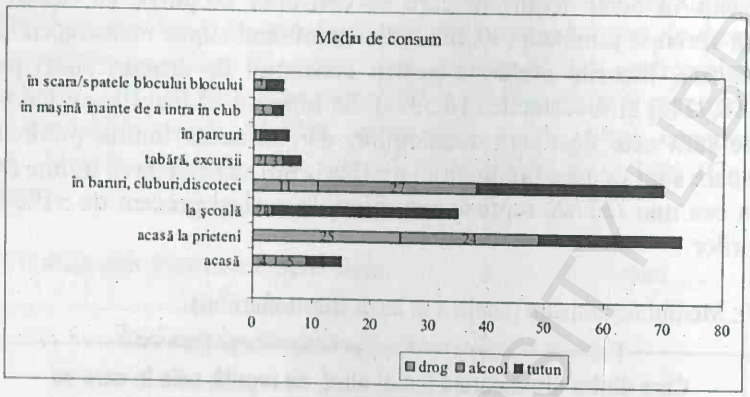
Figura 30: Mediul de consum (analiza în baza chestionarului)



La întrebarea unde au auzit că se consumă substanțe au fost din nou menționate cluburile, cu un procent de 23,51% în totalul raspunsurilor oferite de către studenții intervievați. Se păstrează ordinea anterioară în preferințele locurilor unde aceștia au auzit ca se consumă droguri: petreceri private (19,44%), respectiv discoteci (18,54%).

Referitor la substanța consumată și mediul în care aceasta se consumă, elevii intervievați au răspuns de asemenea că cele mai frecvente medii de consum, atât pentru drogurile licite, cât și pentru cele ilicite, sunt acasă, sau acasă la prieteni și în baruri, cluburi, discoteci. Putem observa diferența mare între răspunsurile elevilor la indicatorul mediu de consum (bar, club, discoteci) datorată faptului că întrebarea privind mediul de consum din chestionare nu prevedea diferențierea droguri legale-droguri ilegale. Cumulate, cele două procentaje, care menționează mediul de consum – acasă și acasă la prieteni – însumează 29% dintre răspunsuri (studenți) față de 35,4% dintre elevii.

Figura 31: Mediul de consum (interviuri consumatori)



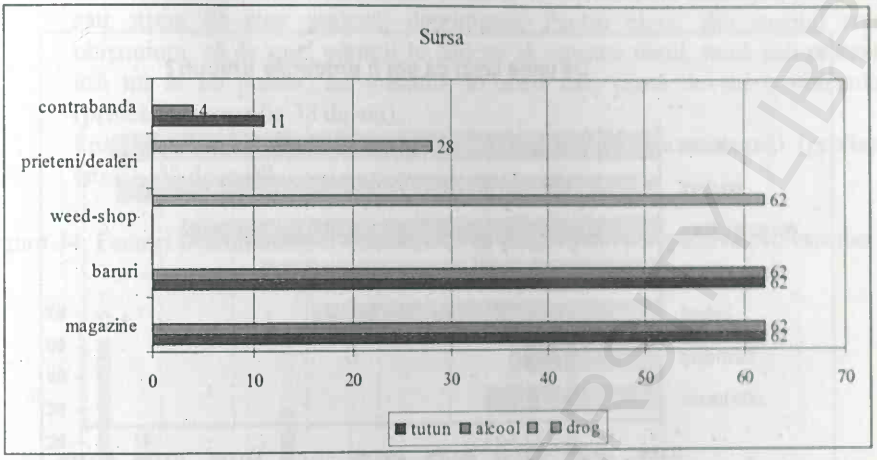
„În curtea școlii era un loc amenajat pentru fumat și chiar pe timpul iernii, era un corp, unde era și biblioteca, și acolo se fuma, când era frig afară. Era special pentru elevi ca să se evite alte chestii neplăcute (elev, liceu teoretic, 18 ani).
...petreceri, acasă la prieteni, închidem ușa la o cameră mică și stăm în fum. E mai tare senzația. Găsim oriunde... (elev, liceu teoretic, 18 ani).
Fumăm în spatele școlii, elevilor li se spune la școală să nu... să nu.... Mai cheamă și poliția. Dar, pe mine, nu m-a făcut nimeni să renunț, am primit amendă că m-a prins fumând în spatele școlii (elev, 18 ani , liceu tehnic).
Petreceri cu prietenii, acasă la cineva, rar în club (elev, 17 ani, grup școlar)".

5.1.5. Modalități și surse de procurare a drogurilor

Referitor la modalitatea de procurare, nici unul dintre elevii intervievați nu consideră că ar putea întâmpina vre-o problemă în procurarea și consumarea substanțelor. După cum putem vedea, alcoolul și tutunul pot fi procurate fără probleme atât din magazine, cât și din baruri/discoteci/cluburi fără să se pună problema vârstei. O altă modalitate de procurare a tutunului și alcoolului o constituie achiziționarea produselor de contrabandă fie de pe stradă fie din cămine de la elevii moldoveni.

„E ceva normal, fiecare mai bea și mai fumează, când te duci să cumperi o bere te întreabă cineva ceva? Îți dă. Și la weed, e tot așa; și dacă le închid tot se găsesc (elev, grup școlar, 17 ani).
Pentru vânzare, dacă vrei, și nu ai bani, poți să iei țigări chiar la bucată. Nu am întâlnit nicio vânzătoare care să mă întrebe câți ani am (elev, liceu tehnic, 17 ani).
Nu consider că acest lucru e ieșit din comun, cine spune că n-a băut nici o dată e ipocrit sau nu vrea să afle părinții. Dacă bei, așa ceva, e un lucru perfect normal și nu mi se pare condamnabil. Nu ne întreabă nimeni nimic, sau cred că suntem mai mari, sau se fac că nu-și dau seama (elev, 17 ani, liceu tehnic)".

Figura 32: Sursa pentru procurare a drogurilor (interviuri consumatori)

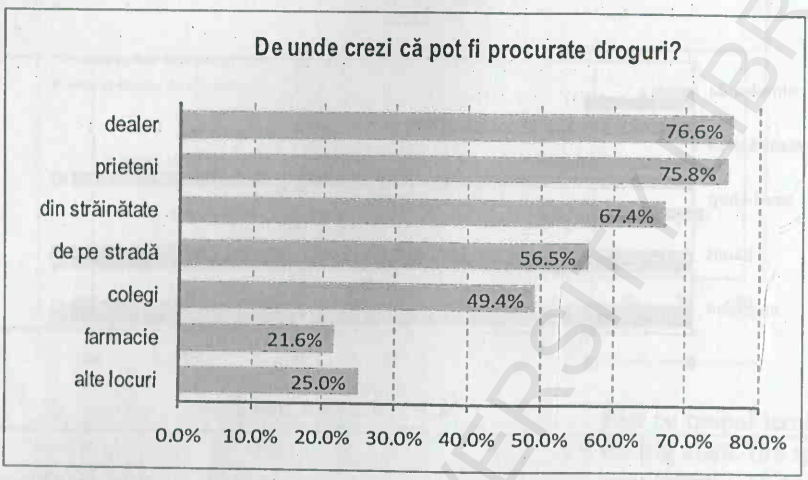


„Sunt foarte accesibile și la preț. Dacă vrei să cumperi, nu trebuie să mergi prea mult sau să scoți prea mulți bani din buzunar (elev, 18 ani, liceu teoretic).
Magazinele cu etnobotanice au fost declarate afacerea anului deci... (elev, 18 ani, liceu teoretic).
....de la băieți, nu cumpără așa oricine, trebuie să te cunoască... (elev, 18 ani liceu teoretic).
Mass-media nu informează corect, mai bine ierburi decât alcool, e mai ieftin decât un pachet de țigări; e convenabil (elev, 18 ani, liceu teoretic)".

În ceea ce privește modalitatea de a obține mijloacele materiale necesare procurării substanțelor elevii nu întâmpină nici o problemă. Folosesc banii de buzunar, restul de la cumpărături, banii necesari pentru cărți sau îmbrăcăminte. Fac chetă, sau împrumută de la colegi până la bursă sau alocație, rareori își amanetează obiecte.

„Cu 10 lei iei un pliculeț, faci 2-3 țigări și te saturi (elev, 17 ani, grup școlar).
Ar trebui să fie criză generală și să nu aibă nimeni din clasă bani de buzunar ca să nu putem cumpăra (elev, 16 ani, liceu vocațional).
0,5 gr din ce cumpărăm noi costă 20 de lei, deci nu sunt scumpe (elev, 17 ani, liceu teoretic).
Foarte accesibil, nu e normal ca prețul ierbii să fie mai mic decât cel pentru un pachet de țigări. Nu au nicio problemă cu vârsta, le plac banii. Ce dacă sunt interzise (drogurile). Vi se pare că au dispărut de pe stradă? (elev, 19 ani, liceu vocațional)".

Figura 33: Surse de procurare a drogurilor (răspunsurile elevilor, analiza bazată pe chestionar)



Dealerul este principala sursă de unde pot fi procurate droguri, această categorie de deținători de droguri a fost menționată de 76,6% dintre liceeni. Următoarea categorie de posibili furnizori de droguri este reprezentată de grupul social de prieteni, astfel 75,8% dintre liceeni au menționat că drogurile pot fi procurate de la prieteni. Varianta de răspuns „din străinătate" a fost specificat de 67,4% dintre pariticipanți la studiu, în timp ce 56,5% dintre liceeni au precizat faptul că drogurile pot fi procurate de pe stradă. Pentru 49,4% dintre liceeni, colegii reprezintă posibila sursă de aprovizionare cu droguri. 21,6% au menționat farmaciile ca fiind locurile de unde consumatorii de droguri își pot procura stupefiantele, iar 25,0% au menționat „alte locuri".

5.1.6. Factori determinanți ai consumului de droguri

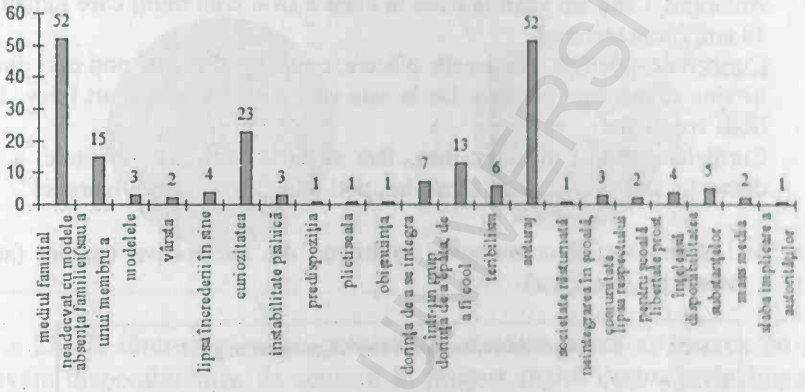
Analizând cauzele ce i-ar determina pe elevi să consume substanțe, profesorii (60) sunt de părere că aceştia, sunt în mare măsură influențați de anturaj (52) și de mediul familial (52), fie prin lipsa de control a părinților (15), fie prin istoricul de consum familial.

„Educația de acasă, părinții plecați prin străinătate, chiar unii părinți vin la școală sub influența alcoolului și atunci știi de unde vine problema (profesor, sociologie 40 de ani).
Mediul familial, părinții care nu sunt conștienți de nevoile copiilor lor (profesor, muzică 26 de ani).
Curiozitatea, anturajul, îi determină prin faptul că se cred cool. În rândul celor «puternici»și cred că băutura, în concepția lor, ca fiind un semn al bărbăției sau

poate fi de vină surplusul de bani de la părinți sau pot avea modele în familie care consumă alcool. Poate o altă cauză ar fi curiozitatea, anturajul, plictiseală sau stima de sine scăzută, deprimarea. Pentru elevii din mediul rural, obișnuința, că de mici părinții le dădeau să «guste» vinul, țuică sub pretextul «să nu le fie poftă», iar gustatul, în acest caz, poate deveni o obișnuință (profesor, geografie 38 de ani).

Foarte multă libertate, foarte mulți bani și părinți foarte ocupați (profesor, istorie, 33 de ani)".

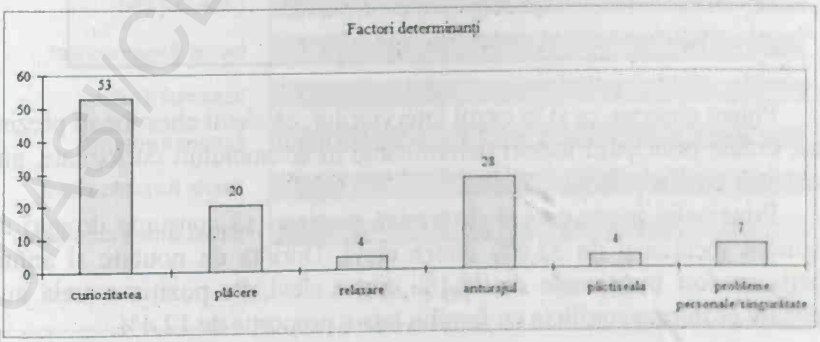
Figura 34: Factori determinanți ai consumului de droguri, din perspectiva profesorilor



Întrebați în legătură cu factorii determinanți ai consumului, dintre cei 62 de elevi intervievați, 53 au pus pe primul loc curiozitatea, urmată de anturaj (28 de răspunsuri).

Principalii factori care duc la consumul de substanțe menționați de studenți sunt: curiozitatea-31,12%, dorința de trăi experiențe noi (25%), prietenii (21,06%), conflicte în familie - 11%. (Cojocaru și colab., 2009)

Figura 35: Factori determinanți ai consumului de droguri din perspectiva elevilor



Spre deosebire de profesorii care identifică anturajul, în proporție de 84%, ca factor determinant de consum, doar 45% dintre elevi, consideră acest lucru.

Principalul factor al consumului – curiozitatea (85,4% dintre elevi) – este identificat de 38% dintre profesori.

„Fumez ceva și, de obicei la teze, nu mă stresez.... nu am o treabă (elev, 17 ani, grup școlar).

Curiozitatea. I-am văzut ce făceau, cum râdeau din toate și am vrut și eu (elev, 18 ani, liceu vocațional).

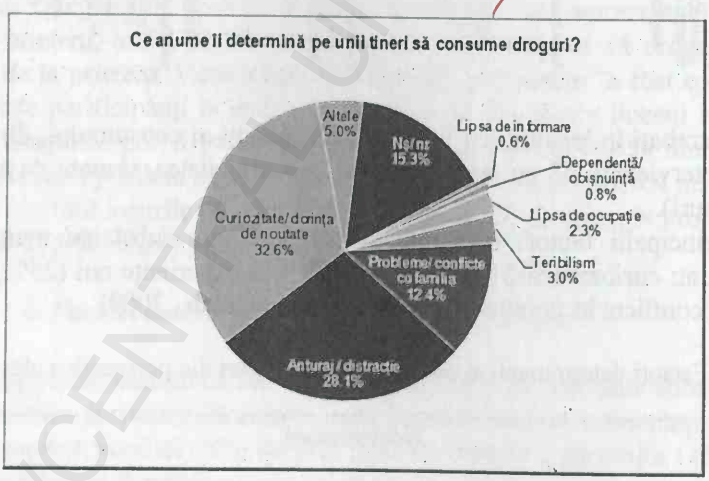
Băieții fumează «ciocolată» și învață mult mai repede (elev, 17 ani, liceu vocațional).

Anturajul. Când am venit la liceu în clasa a IX-a erau mulți care fumau (elev, 18 ani, Liceu teoretic).

Curiozitate, prietenii, plictiseală, plăcere, e super. Nu te mai poți opri din râs și îți vine să mănânci într-una. De la asta vine și vorba: ești spart (elev, 16 ani, liceu vocațional).

Curiozitate, a fost alegerea mea, fără să fiu influențată de nimic, a fost o distracție și atât. Dacă vreu să mă las, pot! (elev, 18 ani, liceu teoretic)".

Figura 36: Determinanți ai consumului de droguri din perspectiva elevilor (ancheta bazată pe chestionar)



Putem observa, ca și în cazul interviurilor, că elevii chestionați prezintă în aceeași ordine principalii factori determinanți ai consumului: curiozitate, anturaj și probleme/ conflicte familiale.

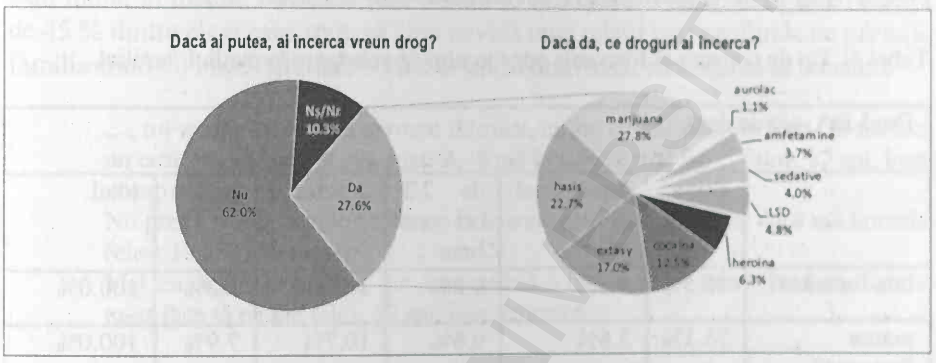
Principalul motiv care îi determină pe tineri să consume droguri a fost curiozitatea menționat de 32,6% dintre elevi. Dorința de noutate și anturajul/ distracția au fost menționate de 28,1% dintre elevi. Pe poziția a treia au fost menționate probleme/conflicte cu familia într-o proporție de 12,4%.

BCU "I. CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

5.1.7. Disponibilitatea față de consum

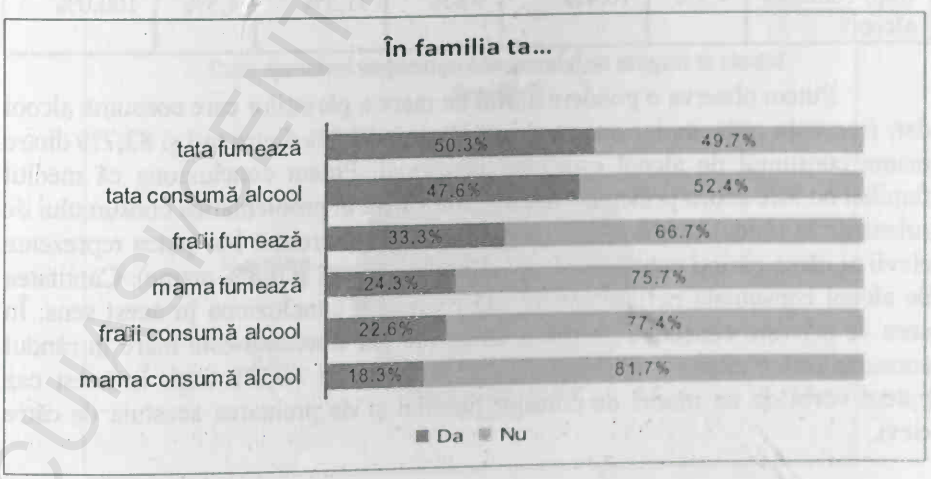
Disponibilitatea față de consum este prezentă la 27,6% dintre elevi, la care se adaugă cele 10,3% procente ale celor indecișii. În urma acestor date consider că programele de intervenție trebuie să cuprindă măsuri de potențare a factorilor inhibitori ai riscului de consum și de reducere a factorilor de risc.

Figura 37: Disponibilitatea față de consum (chestionar aplicat elevilor)



27,6% dintre liceeni au precizat că, dacă ar putea, ar încerca un drog. Observăm disponibilitatea de consum în procent mare. Pentru preîntâmpinarea acestui fapt trebuie identificați și optimizați factorii protectivi. Dintre elevii chestionați 27,8% ar consuma marijuana; 22,7% haşiş; 17,0% ecstasy și 12,5% cocaină.

Figura 38: Consumul de substanțe în mediul familial (chestionar administrat elevilor)



Majoritatea profesorilor consideră că una dintre cauzele consumului, de substanțe, o reprezintă mediul familial (52 dintre cei 60 de profesori intervievați) și existența modelelor de consum în familie (15 răspunsuri). În rândul elevilor chestionați putem observa că în majoritatea cazurilor întâlnim consum de alcool și tutun în cadrul familiei, atât în rândul părinților, cât și al fraților.

În 50,3% din cazuri tatăl liceenilor fumează și în 47,6% din cazuri, consumă alcool. Ponderea liceenilor ai căror frați consumă alcool sau fumează este de 33,3%, respectiv 22,6%. Mama este membrul familie care fumează în proporție de 24,3%, iar în 18,3% din cazuri consumă alcool.

Tabel 8: Tip de consum și frecvența consumului de substanțe în mediul familial

Dacă DA, cât de des...						
	Zilnic	săptămânal	de 2/3 ori pe luna	ocazional	ns/nr	total
tata fumează?	85.5%	4.6%	0.8%	3.8%	5.2%	100.0%
mama fumează?	75.1%	5.6%	0.6%	10.7%	7.9%	100.0%
tata consumă alcool?	4.9%	19.1%	12.4%	59.8%	3.8%	100.0%
mama consumă alcool?	0.8%	4.5%	6.8%	82.7%	5.3%	100.0%
frații fumează?	69.8%	5.8%	1.2%	10.7%	12.4%	100.0%
frații consumă alcool?	4.3%	10.4%	9.8%	71.3%	4.3%	100.0%

Putem observa o pondere destul de mare a părinților care consumă alcool dar, frecvența consumului este moderată. Pentru 59,8% dintre tați și 82,7% dintre mame consumul de alcool este unul ocazional. Putem concluziona că mediul familial nu este cauza principală sau singura cauză în problematica consumului de substanțe în rândul tinerilor. Un grup cu risc foarte crescut l-ar putea reprezenta elevii ai căror părinți consumă alcool zilnic (4,9% tați și 0,8% mame). Cantitatea de alcool consumată nefiind specificată nu putem concluziona în acest sens. În ceea ce privește consumul de tutun, observăm că frecvența este mare în rândul consumatorilor zilnici - 85,5% tați, 75,1% mame și 69,8% frați. În acest caz putem vorbi de un model de consum familial și de preluarea acestuia de către elevi.

BCU CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Analizând răspunsurilor oferite, de elevi, referitoare la reacția părinților vis a vis de consumul de substanțe: 38 % spun că părinții nu știu, iar 55 % știu de consumul ocazional, care nu ridică probleme.

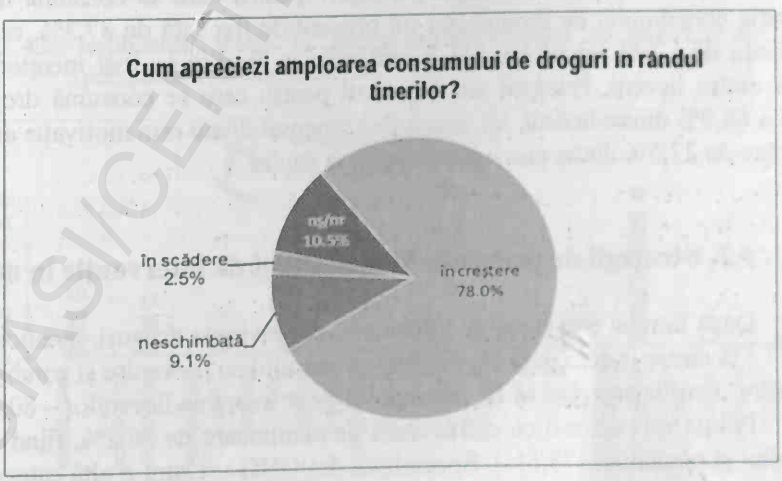
„Familia nu prea are legătură, nu prea știu ei ce faci tu în timpul liber. Și dacă află, ce fac... îți iau banii de buzunar și nu te mai lasă afară... și ce?...că nu te pot ține legat (elev, 18 ani, liceu teoretic)".

O parte importantă a elevilor sunt fără supravegherea părinților; fie că stau la cămin, în gazdă (domiciliul părinților fiind în altă localitate), fie părinții s-au mutat în mediul rural, fie sunt plecați în străinătate. Acest lucru este resimțit de 45 % dintre elevi care spun că simt nevoia unei relații mai profunde cu părinții, familia fiind un important factor care ar putea determina renunțarea la consum.

> „... mi-aș dori să fie mai aproape de mine, nu am nevoie doar de bani. Să-mi facă un ceai, să mă ajute la matematică, să mă întrebe ce mai fac... (elev, 17 ani, liceu vocațional).
> Nu prea avem o relație, nu am ce să le comunic. Vorbesc cu ei, dacă mă întreabă (elev, 17 ani, grup școlar).
> Mai încolo, o să mă las, dar deocamdată e bine așa, pe mine, cred că, familia m-ar face să renunț (elev, 17 ani, liceu teoretic)".

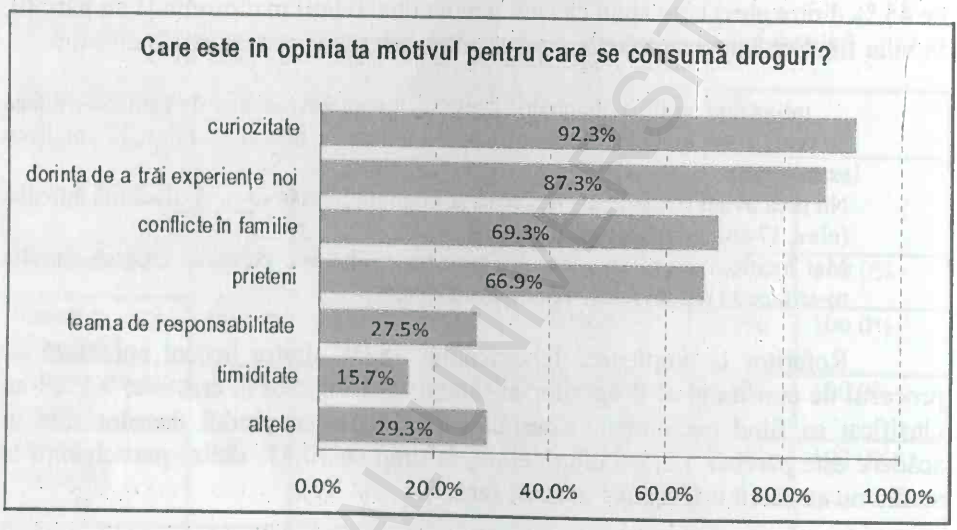
Referitor la amploarea fenomenului 78,0% dintre licceni apreciază că procesul de consumul al drogurilor în rândul tinerilor este în creștere; 9,1% l-au clasificat ca fiind nechimbat. Consumul de droguri în rândul tinerilor este în scădere este părerea a 2,5% dintre elevi, în timp ce 10,5% dintre participanții la studiu nu au oferit un răspuns în acest sens.

Figura 39: Percepția asupra amplorii fenomenului consumului de droguri din perspectiva elevilor



La întrebarea referitoare la motivele ce determină consumul de droguri, elevilor le-au fost oferite variante de răspuns. Comparând rezultatele cu cele de la întrebarea: Ce anume îi determină pe unii tineri să consume droguri? La care elevi putem observa, din nou, că grupul de prieteni nu reprezintă principala cauză a consumului, ci curiozitatea și dorința de a trăi experiențe noi. La această întrebare, regăsim o pondere mai mare, a celor care pun consumul pe seama problemelor/conflictelor familiale.

Figura 40: Factori motivatori ai consumului (din perspectiva elevilor)



Din punctul de vedere al elevilor de liceu participanți la studiu în 92,3% din cazuri, curiozitatea este principalul motiv pentru care se consumă droguri. Motivația consumului de droguri, cu un procent de frecență de 87,3%, este dată de dorința de a trăi experiențe noi. Conflictele în familie au fost menționate de 69,3% dintre liceeni. Prietenii sunt motivul pentru care se consumă droguri în opinia a 66,9% dintre liceeni, iar teama de responsabilitate este motivația adusă în prim plan de 27,5% dintre elevii participanți la studiu.

5.2. Strategii de prevenție și modalități de intervenție în adicții

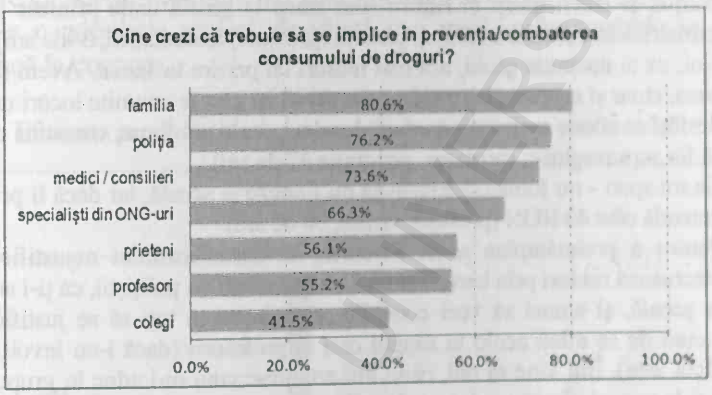
Dacă familia este sursa de informare, cu privire la droguri, menționată de doar 17,5% dintre liceeni, iată că, în cazul procesului de prevenire și combatare al drogurilor ,familia ar trebui să fie principalul actor în opinia liceenilor – 80,6%.

Poliția este actorul cu o frecvență de menționare de 76,2%, fiind urmată de medici și conisilieri (73,6%). Specialiștii din ONG-uri sunt o altă categorie de

factori cu impact asupra subiectului consumul de droguri și au cumulat 66,3% de procente ca fiind categoria de factori ce ar trebui să se implice în procesul de prevenție și combatare a consumului de stupefiante. Alte categorii de actori ce ar trebui să se implice, din punctul de vedere al liceenilor participanți la studiu, sunt: prieteni (56,1%), profesorii (55,2%) și colegii (41,5%).

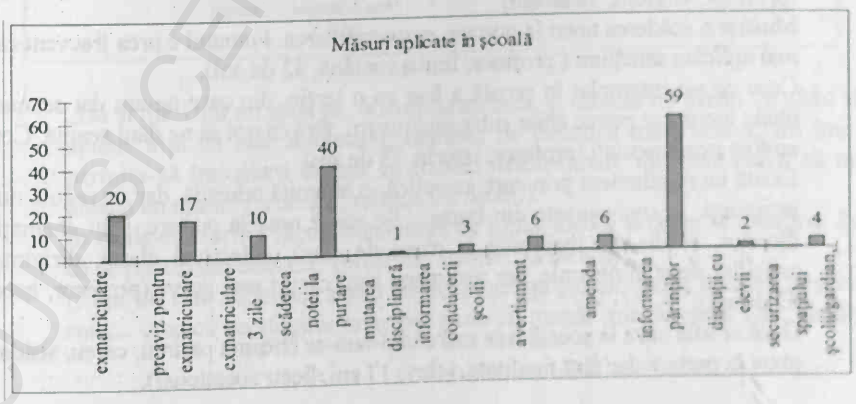
Putem observa că din punctul de vedere al elevilor, școala/profesorii nu constituie unul dintre principalii factori de intervenție în prevenirea consumului de substanțe fiind menționată alături de colegii de școală pe ultimele două poziții.

Figura 41: Perspectiva elevilor asupra instituțiilor ce ar trebui să se implice în prevenirea și combaterea consumului de droguri



Ca principală măsură de intervenție, atunci când se pune problema comportamentului deviant în școală, mulți dintre profesori spun că se scade nota la purtare. Putem observa relația defectuoasă între profesor-familie prin faptul că anunțarea și discuția cu părinții este văzută ca o măsură-sancțiune.

Figura 42: Implicarea școlii în prevenirea/combaterea consumului de droguri (perspectiva profesorilor)

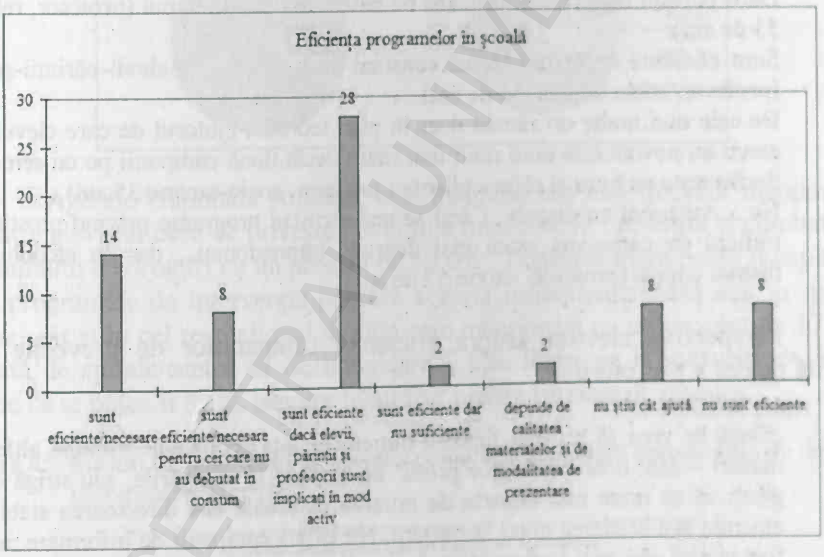


„Trebuie pedepsiți. Altfel fenomenul ia amploare. Când mai este exmatriculat cineva, parcă se trezesc puțin, așa, din vraja asta (profesor, religie 38 ani).
...în clasele a IX-a și a X-a nu putem exmatricula copiii, putem să le scădem doar nota la purtare și asta nu prea contează pentru ei. Eu anunț directorul școlii, care anunță părinții. Am încercat tot felul de metode... . Am pus amenzi, iar banii mergeau la fondul școlii. Gardianul nu face față. Trebuie să asigure și curtea școlii și clădirea. Accesul în școală este controlat, copiii trebuie să aibă ecuson. În timpul orelor ușile de acces în clădire se încuie (profesor, matematică 51 de ani).
Încercăm să nu luăm măsuri drastice înainte de a comunica cu părinții și cu elevii (profesor, economie 38 de ani).
...se discută în consiliul profesoral, se scade nota la purtare, se fac razii ale poliției și elevii găsiți în baruru sunt aduși la școală unde primesc preaviz de exmatriculare și sunt înștiințați părinții (profesor, matematică, 34de ani).
Noi, ca și instituția școlii, am luat măsuri cu privire la fumat. Avem și firme de paza, chiar și supraveghere video, dar elevii își găsesc anumite locuri unde își pot desfășura aceste activități, anumite localuri, unde pot fuma, consuma alcool fără să fie supravegheați (profesor, geografie 47 de ani).
Eu nu spun - nu fumați. Le spun să nu fumeze la școală, iar dacă îi prind le pun amendă câte 40 RON (profesor, desen, 36 de ani).
Pentru a preîntâmpina acest fenomen, al absenteismului nejustificat, poliția efectuează raiduri prin baruri. Numai ce te trezești cu polițiștii, că ți-i aduc înapoi la școală, și atunci să vezi comedie...cum incearcă toți să se justifice (elevii) ...cum de se aflau acolo în timpul orei și profesorii (dacă i-au invoit, de ce au făcut asta). Îmi vine să râd, când îmi amintesc cum ni-i aduc în grupuri de câte 5-6 la cancelarie să ne dea explicații....Celor care sunt prinși li se scade nota la purtare cu un punct și li se dă amendă... e rău de cel care are ghinionul să fie prins... în flagrant delict (profesor, istorie 35 de ani).
Se menține o disciplină și se iau măsuri stricte de securizare a școlii și o colaborare a poliției de proximitate. Se scade nota la purtare (profesor, psihologie 32 ani).
...întotdeauna trebuie să se creeze un triunghi între părinți, elevi și școală. Nu se merge direct la director asta pentru că astfel elevul ar fi fost exmatriculat imediat (profesor, engleză, 33 de ani).
Mustrare, scăderea notei la purtare, exmatricularea. Fumatul e prea frecvent ca să mai aplicăm sancțiuni (profesor, limba română, 32 de ani).
Ceea ce s-a întamplat în școală a fost ca o lecție, din care ne-am dat seama că unele lucruri se petrec chiar sub nasul nostru, fără ca noi să ne dăm seama. Copiii au fost exmatriculați (profesor, istorie, 33 de ani).
Există un regulament prin care se aplică, o anumită amendă, dar de regulă nu se încasează, se mai oprește din bursa... Se scade nota la purtare, sunt chemați la director, se discuta mai întâi la nivel de clasă, colectivul clasei, dirigintele, consiliul de administrație, dar asta când sunt cazuri mai grave (profesor, istorie, 57 de ani).
Dacă se află ceva la școală iese mare tam-tam-se cheamă părinții, careu, scăderea notei la purtare dar fără finalitate. (elev, 17 ani, liceu vocațional).

Mă feresc că, dacă mă vede diriginta, mă pune să fac muncă în folosul comunității, să strâng chiștoace de pe jos (elev, 17 ani, liceu tehnic).
Exmatriculați, ca mine, sau mutați la altă școală și au rezolvat problema, dar la școală tot se fumează. (elev, 19 ani, grup școlar).
Profesorii nu-ți fac nimic. Mai rău cu gardienii că-ți fac proces-verbal și-l dau la directoare. Dacă te prind, exmatriculare 3 zile și muncă în folosul comunității; dar în fața școlii nu-s probleme (elev, 16 ani, liceu tehnic)".

Referindu-se la programele de prevenție realizate, în școală, prin intermediul altor instituții, profesorii sunt de părere că acestea pot avea un impact pozitiv doar dacă sunt implicați în egală măsură elevii și familiile acestora. Percepția este că aceste programe nu sunt eficiente și că ele ar trebui să fie implementate la o populație școlară de vârstă mai mică, presupunându-se că nu au debutat încă în consum.

Figura 43: Eficiența programelor de intervenție din perspectiva profesorilor



„Da și nu. Unii au spus că, oricum știau asta, și oricum nu aveau de gând să se apuce, alții că este interesant, depinde de calitatea materialelor, nu îmi pot permite să îmi pierd timpul cu lucruri nefolositoare din care elevii să nu se aleagă cu nimic. (profesor, religie, 38 de ani).
În ciuda eforturilor făcute consumul, de tutun, alcool și drog, se menține. Poate că se poate opri debutul" (profesor, istorie, 33 de ani).
...dar nu este suficient, acești copii nu au sprijin din parte familiei și greu de spus... cred că aceste programe pot ajuta un număr mic de elevi. Dar, un singur

copil dacă este salvat înseamnă că aceste programe sunt eficiente (profesor, matematică, 51 de ani).
Nu știu cât ajută. Fumători tot vor fi în școală (profesor, psihologie, 38 de ani).
Nu știu cât de mult elevii au dat importanță acestor programe, dar cred ca cea mai bună metodă a prevenției în aceste condiții o reprezintă relația dintre părinți și elevi (profesor, geografie, 57 de ani).
Impactul a fost unul pozitiv, mulți elevi înțelegând că există și alte modalitați de a fi *cool* (cum spun ei), prin programul cu părinții am urmărit îmbunatățirea abilităților educative ale părinților, organizarea de intâlniri care să întărească legăturile familiale, clarificarea poziției familiei față de consumul de droguri (profesor, limba română, 35 de ani).
Programele sunt eficiente dacă și elevii sunt implicați și dacă materialele folosite prezintă cazuri concrete (profesor, limba română, 28 de ani).
Nu sunt eficiente deoarece elevii nu sunt interesați iar părinții nu vor să se implice (profesor, biologie, 36 de ani).
Elevii sunt receptivi dacă sunt implicați activ în programe (profesor, franceză, 34 de ani).
Dacă părinții nu intervin, degeaba ne batem noi și alții capul (profesor, religie, 53 de ani).
Sunt eficiente dacă sunt făcute constant și dacă implică elevii-părinții-școala (profesor, socio-umane, 51 de ani).
De cele mai multe ori rămân doar în plan teoretic; ajutorul de care elevul sau elevii au nevoie este unul mult mai mare decât două campanii pe un semestru desfășurate pe liceu și câteva pliante (profesor, socio-umane 35 ani).
Nu... Au privit cu dispreț...Când se mai derulau programe privind prostituția, traficul de carne-vie, astea mai degrabă impresionau... dar cu alcoolul, se distrau copios (profesor, istorie 57 de ani)".

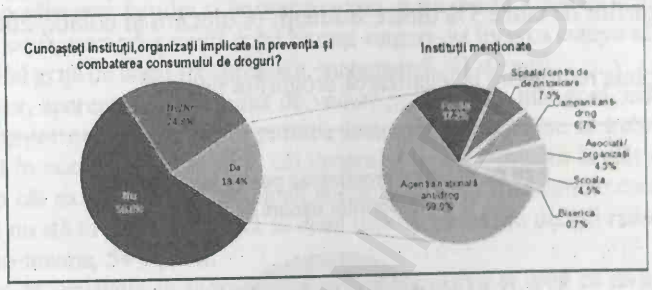
Perspectiva elevilor asupra eficienței campaniilor de prevenție este diferită de cea a profesorilor.

„Dacă ar vrea să nu mai fumeze nimeni în fața școlii s-ar impune altfel de măsuri – așa, doar dacă trece profu' de română le ia țigările, sau strigă de la geam să se mute mai departe de intrarea în școală sau directoarea stabilește amenda sau scăderea notei la purtare. Nu există campanii de informare nu am fost la nici una, nici la dirigenție, facem dirigenție foarte rar și atunci se discută probleme administrative (elev, 16 ani, liceu vocațional).
Lumea vorbește, spune să nu faci anumite lucruri, dar trebuie tu să spui gata și să te lași, știu pe cineva foarte apropiat care și-a pierdut mirosul de la astea. Pliantele și afișele nu sunt decât hârtii, cam asta sunt campaniile. La noi este interzisă vânzarea, dar nu este interzis consumul deci ... ce campanii și oricum nu te întreabă nimeni câți ani ai și dacă te întreabă spui că te-a trimis mama sau tata (elev, 18 ani, liceu teoretic)".

5.2.1. Vizibilitatea programelor de intervenție în domeniul drogurilor

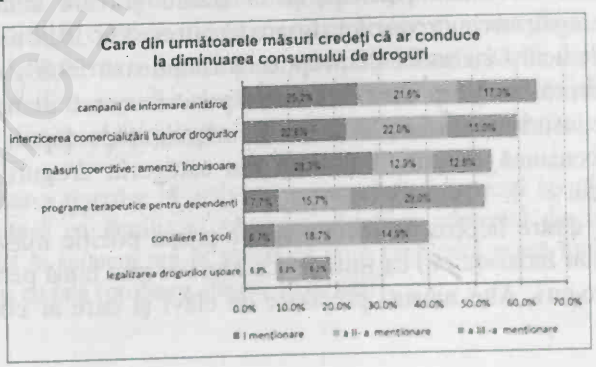
Gradul de notorietate a instituțiilor specializate în „Prevenirea, combaterea și tratamentul consumului de substanțe" este scăzut. Deși majoritatea profesorilor spun că majoritatea profesorilor spun că elevii sunt informați, doar un procent de 18,4% dintre elevii de la liceu cunosc instituții și organizații implicate în prevenția și combaterea consumului de droguri. 56,8% nu cunosc astfel de instituții sau organizații, iar 24,8% au refuzat sau nu au știut ce răspuns să ofere la acest item.

Figura 44: Instituțiile specializate pentru oferirea de servicii în scopul prevenirii și tratamentului consumului de substanțe (din perspectiva elevilor)



Agenția Națională Antidrog este instituția cea mai frecvent menționată, de către elevi, în ceea ce privește instituțiile implicate în prevenția și combaterea consumului de droguri cu un procent de 59,0% . Ponderea mare poate fi explicată prin programele de intervenție pe care aceasta le implementează atât în spațiul școlar, cât și în cel recreațional. Poliția este menționată cu un procent de 17,2%, urmată de spitale/centre de dezintoxicare 7,5%. Referitor la măsurile de intervenție ce ar putea fi luate, elevilor le-au fost oferite variante de răspuns.

Figura 45: Măsuri de intervenție în scopul combaterii/diminuării consumului de droguri (perspectiva elevilor)

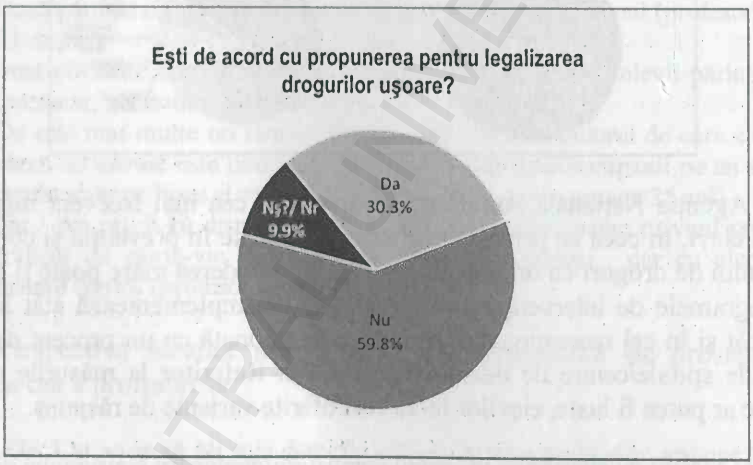


Principala măsură ce ar trebui luată și care ar ar avea ca rezultat diminuarea consumului de droguri este reprezentată de „campaniile de informare antidrog". Această măsură a fost specificată în 64,1% din cazuri, din care în 25,2% a fost prima opțiune. „Interzicerea comercializării tuturor drogurilor" este măsura care, în opinia liceenilor, ar conduce la diminuarea consumului de droguri în 59,6% din cazuri, din care 22,6% a fost plasată ca primă mențiune din cele 3 posibile. Referitor la legalizarea drogurilor, elevii nu consideră oportună această măsură.

Ca și în cazul elevilor, studenții sunt de acord că măsurile coercitive sunt cele mai potrivite pentru combaterea fenomenului (31,11%), urmate de campanii de informare antidrog (29,26%), educație mai bună/consiliere în școli- 7,6%.

Legalizarea drogurilor ușoare este văzută ca o măsură bună de 5,07% dintre respondenți, interzicerea comercializării de către 5,07%, iar interzicerea totală a drogurilor de către 3% dintre studenți. (Cojocaru și colab., 2009)

Figura 46: Opinia referitoare la legalizarea drogurilor ușoare



Procentul liceenilor participanți la studiu și care sunt de acord cu propunerea de legalizare a drogurilor ușoare se cifrează la 30,3%. Procentul celor care nu sunt de acord cu astfel de propunere cumulează 59,8% dintre elevii de liceu, iar procentul care nu au oferit un răpuns la acest item este de 9,9%. Procentul răspunsurilor afirmative poate fi influențat de faptul că majoritatea elevilor care consumă droguri, consumă din categoria drogurilor ușoare și a produselor weed.

28,3% dintre liceeni au menționat pe prima poziție măsurile coercitive (amenzile și chiar închisoarea) ca fiind procedura cea mai bună pentru diminuarea consului de droguri. Alte măsuri precizate de elevi și care ar conduce la redu-

cereaa consumului de droguri sunt: programe terapeutice pentru dependenți (52,4%), consilierea în școli (40,3%) și legalizarea drogurilor ușoare (18,9%).

Între modalitățile de prevenire a comportamentului adictiv în spațiul școlar, profesorii propun o serie de măsuri ce au în vedere reducerea accesului la substanțe: respectarea legii (și sancționarea celor care nu o respectă) privind comercializarea tutunului și alcoolului către minori, respectarea distanței față de școală atunci când este vorba de autorizarea barurilor precum și retragerea autorizațiilor de funcționare pentru magazinele care comercializează produse etnobotanice.

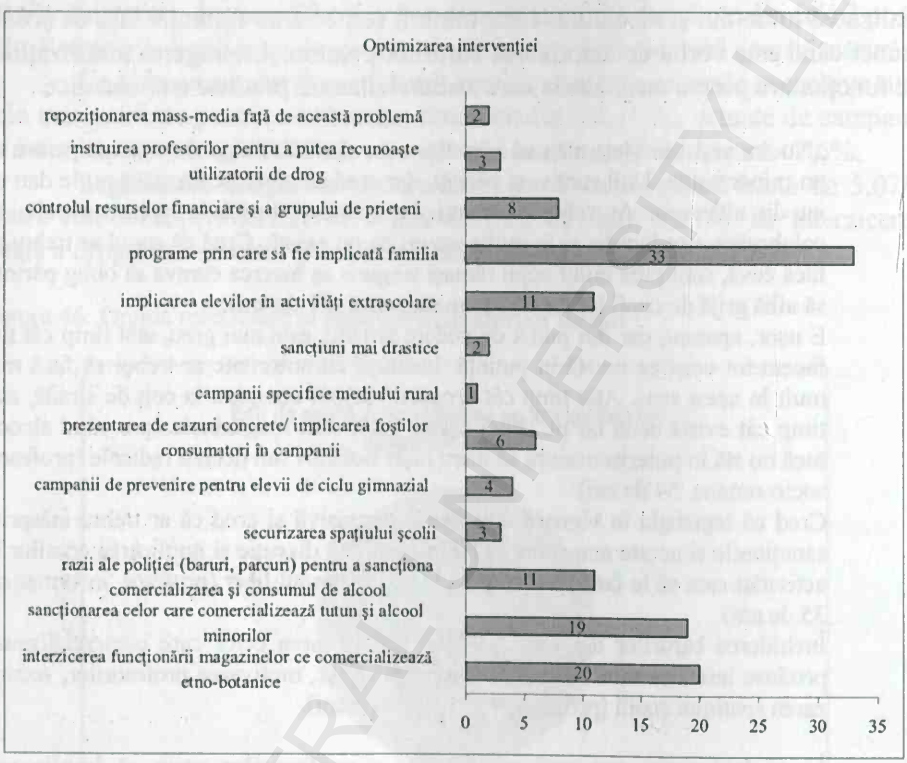
> „Nu am văzut în viața mea un vânzător care să nu dea alcool sau tutun pentru că un minor cerea. Unii sunt și ei părinți, dar cred că gândesc că, dacă nu le dau ei, iau din altă parte. Ar trebui controlați și sancționați. Instituția cu care ar trebui să colaborăm este familia și în multe cazuri ea nu există. Cred că statul ar trebui să facă ceva, sunt prea mulți copii rămași singuri- aș încerca cumva să oblig părinții să aibă grijă de copii lor (profesor, matematică, 51 de ani).
>
> E ușor, aparent, dar din punct de vedere practic, este mai greu, atât timp cât noi facem tot ceea ce ne stă în putință. Instituții cu autoritate ar trebui să facă mai mult în acest sens. Atât timp cât drogurile se pot cumpăra la colț de stradă, atât timp cât există școli iar pe lângă aceste școli sunt magazinele care vând alcool, încă nu stă în puterea noastră să luăm niște hotărâri sau decizii radicale (profesor, socio-umane, 54 de ani).
>
> Cred că legislația în vigoare este foarte permisivă și cred că ar trebui înăsprite sancțiunile și aceste magazine să fie închise fără discuție și implicarea copiilor în activități care să le facă plăcere și să le ocupe timpul liber (profesor, informatică, 35 de ani).
>
> Închiderea barurilor din jurul școlilor, sancționarea celor care comercializează produse interzise minorilor, implicarea părinților, motivarea profesorilor, securizarea spațiului școlii (profesor, engleză, 33 de ani).

În același timp, cea mai mare parte a profesorilor spun că implicarea familiei are din nou rolul primordial. În acest sens profesorii propun: un control al resurselor financiare puse la dispoziția elevilor de către părinți, dar și monitorizarea anturajului din care aceștia fac parte. Pentru o mai bună colaborare elev-profesor-părinte, cadrele didactice intervievate sunt de părere că sunt necesare programe de informare a părinților privind particularitățile de vârstă, nevoile, problemele specifice copiilor lor. În acest sens programele de tip „Școala părinților" sau „Ești pregătit pentru copilul tău?" par a fi o soluție.

> „Antrenarea tinerilor în activități extrașcolare în special sportive. Colaborarea mai strânsă cu familia și educarea părinților, controlul din partea părinților. Degeaba le spunem noi la școală că nu e bine dacă acasă fumează și beau cu mama și cu tata (profesor, desen, 36 de ani)".

O mai bună gestionare a timpului liber de către elevi prin implicarea acestora în activități extrașcolare în special sportive este una dintre măsurile pe care profesorii o găsesc benefică în reducerea factorilor de risc .

Figura 47: Optimizarea intervenției din perspectiva profesorilor



În legătură cu eficiența campaniilor de prevenire, profesorii sunt de părere că informarea trebuie să înceapă mai de timpuriu. Iar pentru elevii de liceu benefice sunt campaniile de sensibilizare și de conștientizare bazate pe exemple. Ei propun implicarea în aceste campanii a foștilor consumatori de substanțe dar și focusarea campaniilor funcție de mediul de proveniență-rural-urban.

„Ceva practic - să fie duși într-un centru de recuperare să vadă cum se pot rata cu bună știință (profesor, religie, 38 de ani).

Focusarea intervenției în funcție de mediul de proveniență. În mediul rural, în luna octombrie, a fiecărui an, când acasă la țară, se culege via și se face mustul, vinul, veneau în mod constant băuți la școală (profesor, geografie, 38 de ani).

O greșeală de a noastră a fost că, în general, elevii liceului trebuiau pregătiți din timp. Trebuiau informați din timp astfel încât să fim siguri că ei conștientizează ce risc își asumă dacă încep să consume droguri. Noi eram siguri că astfel de

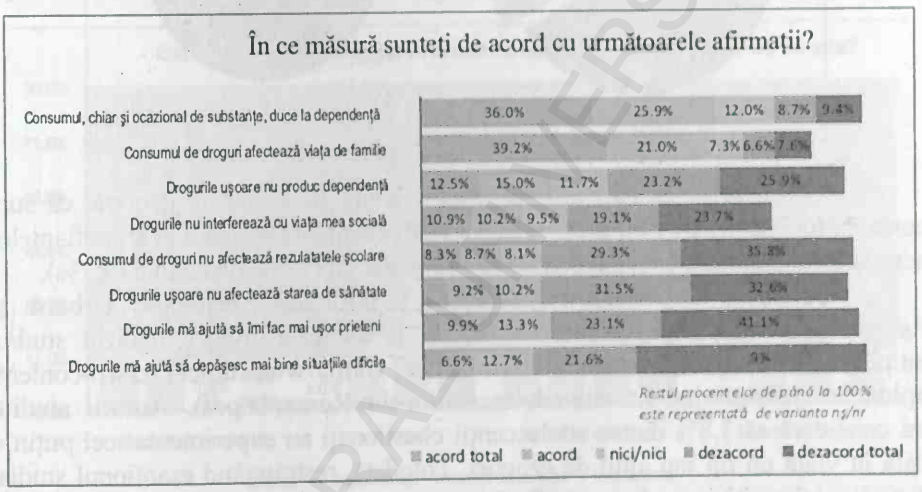
BCU CLUJ / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

lucruri nu se pot întâmpla, dar se vede că, încă de prin clasa a VI-a, elevii trebuie să fie informați despre noțiunea de drog, despre riscurile lui (profesor, geografie, 54 de ani).

Reguli mai dure în școală, securizarea spațiului școlar, interzicerea părăsirii școlii fără motiv, responsabilizarea părinților, implicarea altor instituții, că de obicei toată lumea zice că la școală trebuie să se facă, modificarea legislației (profesor, istorie, 57 de ani).

Poliția comunitară ar putea supraveghea parcurile, pentru ca și aici elevii se pot refugia. De asemenea, poliția orașului ar putea să verifice mai des vârsta tinerilor care consumă alcool în anumite baruri, mai ales în timpul orelor, și astfel ei ar putea lua măsuri cu privire la acest lucru (profesor, geografie, 47 de ani).

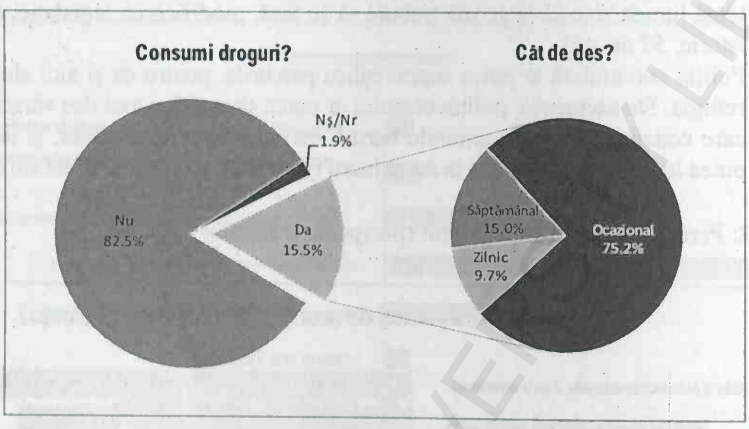
Figura 48: Percepția asupra consumului (perspectiva elevilor)



„Consumul, chiar și ocazional de substanțe duce la dependență" este afirmația cu care 36,0% dintre liceeni sunt total de acord, iar 25,6% sunt de acord. Putem observa că elevii cunosc consecințele imediate ale consumului. Cu toate acestea le ignoră. „Consumul de droguri afectează viața de familie" este următoarea afirmație pe care 39,2% o consideră ca redând realitatea în totalitate (acord total). 12,5% sunt total de acord cu afirmația „drogurile nu interferează cu viața mea socială", în timp ce 23,7% și-au exprimat dezacordul total vis-a-vis de starea de adevăr sau nu a propoziției. În proporție de 47,9% liceeni sunt în totalitate în dezacord cu afirmația „drogurile mă ajută să depășesc mai bine situațiile dificile", fiind urmată cu 41,1% dezacord total de afirmația „drogurile mă ajută să-mi fac mai ușor prieteni" și cu 32,6% de afirmația „drogurile ușoare nu afectează starea de sănătate".

5.3. Prevalența consumului de droguri în rândul elevilor din Municipiul Iași

Figura 49: Prevalența consumului de droguri în rândul elevilor din Iași



În proporție de 15,5% liceeni participanți la studiu au declarat că sunt consumatori de droguri. În ceea ce privește frecvența de consum al stupefiantelor aceștia au menționat: ocazional (75,2%), săptămânal (15,0%) și zilnic (9,7%).

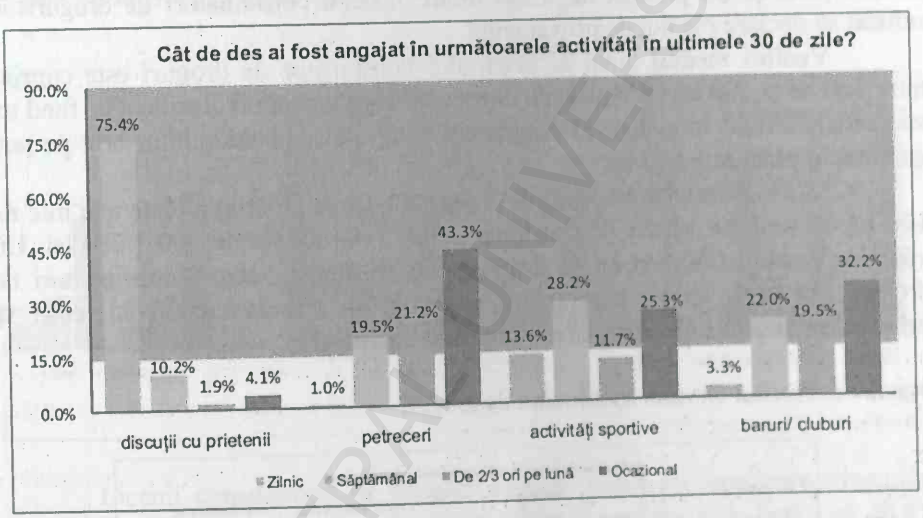
În 2013, la inițiativa UNICEF, Centrul de Sociologie Urbană și Regională, cu sprijinul Institutului de Științe ale Educației, a realizat studiul intitulat „Starea adolescenților din România" (http://www.unicef.ro/wp-content/uploads/Studiu-privind-situatia-adolescentilor-din-Romania.pdf). Autorii studiului consideră că 3,8% dintre adolescenții chestionați au experimentat cel puțin o dată în viață un tip sau altul de droguri. Totodată, restrângând eșantionul studiat doar la adolescenții cu vârsta cuprinsă între 14 și 18 ani, autorii concluzionează că prevalența consumului de droguri de-a lungul vieții este de 5,4% și, în plus, dacă se restrânge în continuare eșantionul, procentul adolescenților cu vârsta de 14 ani și peste din mediul urban care au consumat vreodată droguri este de 7,5%.

În ceea ce privește consumul drogurilor legale în rândul elevilor, remarcăm că 42,2% dintre respondenți fumează, din care 28,3% acasă și 16,3% în baruri. Fumatul este urmat de consumul de alcool pentru 38,4% dintre respondenți (din care 23,9% în timpul petrecerilor și 22,9% în baruri). Fumatul de substanțe weed este practicat de 13,8% dintre participanții la studiu. Mediul de consum menționat este: la petreceri în proporție de 22,0% și la domiciliul respondenților 20,0%.

Tabel 9: Corelația între tipul de substanțe consumate și mediul de consum

Dacă DA, în ce context								
	acasă	bar	club	parc	școală	petreceri	ns/nr	total
Fumezi?	28.3%	16.3%	9.1%	4.2%	4.9%	7.8%	29.3%	100%
consumi alcool?	11.1%	22.9%	15.1%	0.0%	0.7%	23.7%	26.5%	100%
fumezi de la weed-shop?	20.0%	8.0%	10.0%	8.0%	1.0%	22.0%	31.0%	100%

Figura 50: Modalități de petrecere a timpului liber – corelație cu mediul de consum



Cea mai frecventă activitate întreprinsă de elevii de liceu se prezită sub forma discuțiilor cu prietenii, acțiune cu o frecvență zilnică, în ultimele 30 zile, menționată de 75,4% dintre liceeni. În 43,3% din cazuri liceeni au menționat că în ultimele 30 zile au fost ocazional la petreceri și în 25,3% la activități sportive. În ultima luna 3,3% dintre elevi au frecventat barurile și cluburile zilnic, 22,0% săptămânal, 19,5% de 2-3 ori și 32,2% ocazional.

BCUIAȘI UNIVERSITY LIBRARY

5. 4. Profilul consumatorului de droguri, elev, în Municipiul Iași[3]

Preponderent consumatorii de droguri sunt de sex masculin (76,1%), în timp ce populația feminină consumătoare de substanțe este în proporție de 23,9%.

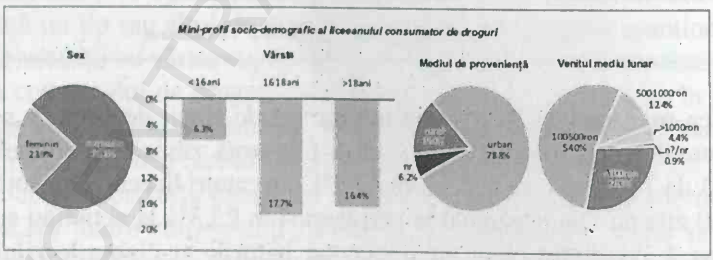
Consumul de droguri se înregistrează în special în rândul liceenilor, cu vârsta între 16 și 18 ani, astfel 17,7% dintre liceeni din această grupă de vârstă au declarat că drogurile fac parte din viața lor. Cu un procent de 16,4% al consumului de droguri îi regăsim pe liceenii cu vârsta de peste 18 ani, în timp ce elevii de liceu ce nu au împlinit încă la momentul studiului 16 ani, consumă droguri, în proporție de 6,3%.

78,8% dintre consumatorii de droguri provin din mediul urban,15,0% din mediul rural și un procent de 5,2% dintre liceenii consumatori de droguri au refuzat să declare mediul de proveniență.

Venitul mediul lunar al liceanului consumator de droguri este cuprins între 100 lei și 500 lei în 54,0% din cazuri, iar acesta poate fi clasificat ca fiind un venit mare având în vedere că cuantumul salariului de bază minim brut pe țară garantat în plată este 600 lei.

28,3% dintre adolescenții de liceu care consumă droguri este mai mic de 100 lei, în timp ce 12,4% dispun lunar de un venit mediu de 500-1.000 lei. Un venit de peste 1.000 ron au la dispoziție 4,4% dintre liceenii consumatori de droguri, iar 0,9% dintre participanți la studiu au refuzat sau nu au reușit să estimeze resursele financiare medii lunare de care dispun.

Figura 51: Profilul elevului consumator de droguri



Cel mai frecvent licenii consumă droguri ocazional (62,5% liceeni cu vârsta mai mică de 16 ani; 73,7% licenii cu vâstă între 16-18 ani; 100% licenii de

[3] În acestă parte a raportului au fost analizate doar răspunsurile celor care consumă droguri (bază analizei = 131 respondenți, ce au bifat DA la itemul Q20. Consumi droguri?).

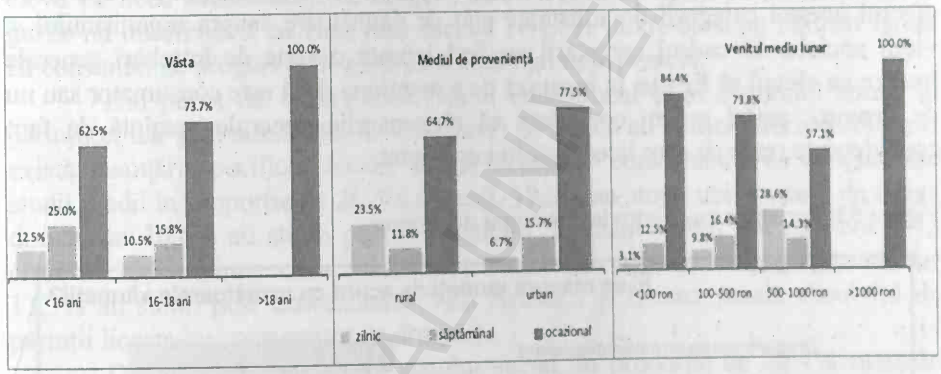
B.C.U. M. EMINESCU IAȘI

peste 18 ani). Frecvența de consum zilnică se remarcă în cazul adolescenților cu vârstă de până la 16 ani (12,5%) și în rândul celor cu vârsta de 16-18 ani (10,5%).

Consumul de droguri în rândul liceenilor ce provin din mediul rural este, în 23,5% din cazuri, zilnică, 11,8% săptămânală și în 64,7% din cazuri ocazional. Licenii din mediul urban consumă zilnic droguri în proporție de 6,7% și ocazional în 77,5% din cazuri.

Consumul de droguri poate fi influențat și de veniturile disponibile, astfel în cadrul categoriei de elevi ce dispune de resurse financiare de la 500 lei până la 1.000 lei se remarcă cel mai mare consum de droguri zilnic (28,6%), fiind urmați de cei cu venituri de la 100 lei până la 500 lei (9,8%). Liceenii ale căror resurse băneşti depăşeste 1.000 lei au declarat consumul de substanțe doar ocazional.

Figura 52: Frecvența consumului



Licenii consumatori de droguri sunt de acord cu legalizare drogurilor ușoare în proporție de 81,4%, acest lucru poate fi explicat prin faptul că 70,8% dintre aceștia fumează de la weed shop-uri. Mediul în care liceenii consumatori de droguri fumează de la weed shopuri a fost ocolit de 52,2% dintre respondenți (52,2% au oferit răspunsul nu știu/nu răspund), în timp ce câte 13,3% dintre liceni au declarat că fumează, de la weed shop-uri, acasă sau la petreceri.

Influențele asupra liceenilor care au ajuns să consume droguri pot fi de două tipuri: obișnuința de a-i vedea pe cei apropiați (familie, prieteni) că au vicii (precum fumatul și alcoolul) și percepția greșită despre efectul drogurilor asupra organismului lor și vieții sociale pe care o au sau o pot avea.

Astfel, se poate observa că în familia liceenilor care au declarat consumul, în proporție de 65,5% tatăl fumează și în 52,2% acest membru al familiei consumă alcool, fiind completat de frații care fumează în 46,0% din cazuri și consumă alcool în 32,7% din cazuri.

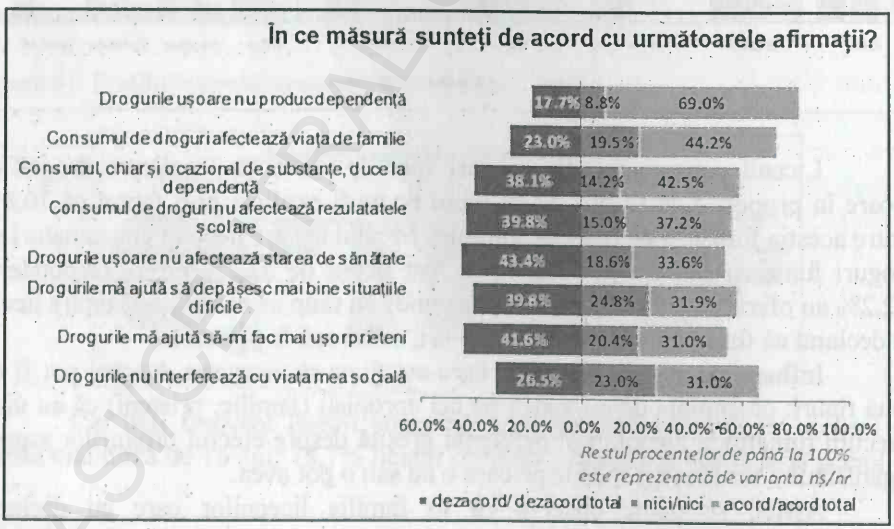
Tabel 10: Consumul de substanțe în cadrul familiei

În familia....			
		da	nu
tata fumează?	%	65.5%	34.5%
mama fumează?	%	37.2%	62.8%
tata consumă alcool?	%	52.2%	47.8%
mama consumă alcool?	%	24.8%	75.2%
frații fumează?	%	46.0%	54.0%
frații consumă alcool?	%	32.7%	67.3%

Cel mai adesea licenii consumatori de droguri fumează acasă (27,4%) sau în baruri (13,3%), în timp ce consumul de alcool are loc în baruri (20,4%) și acasă în doar 9,7% din cazuri.

Menționam anterior că liceenii consumatori de droguri pot percepe greșit efectul acestei categorii de substanțe atât de dăunătoare asupra organismului și vieții sociale. În cadrul cercetării au fost lansate o serie de întrebări generale înainte ca elevul să fie pus în ipostaza de a menționa dacă este consumator sau nu de droguri, astfel putem considera că răspunsurile generale prezintă de fapt considerente reale cu care liceenii s-au confruntat.

Figura 53: Percepția cu privire la consumul de droguri



Liceenii consumatori de droguri sunt în proporție de 69,0% de acord/ acord-total cu afimația conform căreia „drogurile ușoare nu produc dependență". Deși cunosc efectele consumului de substanțe, elevii nu conștientizează aceste

efecte. Pentru majoritatea dintre ei consumul nu este o problemă considerând că pot renunţa oricând la acesta, fără a fi nevoie de sprijin din partea nimănui. Acord/acord-total au bifat în proporţie de 44,2% liceenii consumatori de droguri în dreptul afirmaţiei consumul de droguri afectează viaţa de familie". Procentul liceniilor consumatori de droguri ce sunt de acord sau în totalitate de acord cu afirmaţia „consumul, chiar şi ocazional de droguri, duce la dependenţă" este de 42,5%, în timp ce cu aceeaşi afirmaţie este negată de 38,1% dintre respondenţi.

39,8% nu sunt de acord (dezacord/dezacord total) cu negaţia consumul de droguri nu afectează rezultatele şcolare", astfel acest procent de elevi sunt conştienţi de faptul că rezultate şcolare indivuale sunt influenţate de consumul de droguri. Aproape în aceeaşi măsură: 37,2% consideră că rezultatele şcolare nu sunt influenţate de consum la care se adaugă şi un procent de 15% a celor indecişi. Nu doar rezultate şcolare sunt influenţate de consumul de droguri, ci şi viaţa socială a liceenilor, dar de acest lucru sunt conştienţi doar 26,5%, dintre elevii de liceu consumatori de droguri, care nu sunt de acord cu afirmaţia „drogurile nu interferează cu viaţa mea socială". 41,6% dintre elevi au realizat faptul că consumul de droguri nu îi ajută să-şi facă mai uşor prieteni.

Din punct de vedere al nivelului educaţional şi al statutului social al părinţilor, dar şi al numărului de fraţi/surori pe care îl au consumatorii de droguri există nuanţări specifice. Astfel, mama liceenilor consumatori de droguri are studii medii în proporţie de 26,5% (liceul), 19,5% au studii universitare de lungă durată, iar 10,6% au studii post universitare. În cazul tatălui – a absolvit 9-12 clase în 28,3% dintre cazuri, 15,9% au studii universitare de lungă durată, iar 13,3% au studii post universitare (Vezi Anexa 1 – Ultima şcoală absolvită de părinţii liceanului consumator de droguri).

Din punct de vedere al statului social, în proporţie de 20,4% mamele liceenilor consumatori de droguri sunt casnice, iar un alt procent de 19,5% sunt muncitoare calificate, fiind urmate de cele care îndeplinesc statutul de personal cu studii superioare (13,3%).

Statutul ocupaţional principal al tatătului liceenilor consumatori de droguri este muncitor calificat (26,5%), patron (14,2%) şi maistru/tehnician (9,7%) (Vezi Anexa 2 – Statutul ocupaţional principal al părinţilor consumatorului de droguri).

Procesul înţelegii consumului de droguri poate fi conturat în jurul motivului pentru care liceenii consumă substanţe stupefiante. În cadrul itemului „Care este în opinia ta motivul pentru care se consumă droguri", liceenii consumatori de droguri au menţionat: curiozitatea (92,0% dintre consumatori au menţionat acest motiv), dorinţa de trăi experienţe noi (86,7%), prietenii (70,8%), conflictele în familie (49,6%), teama de responsabilitate (16,8%) şi timiditatea (12,4%).

În proporţie de 70,8% principalul motiv pentru care se consumă droguri în perspectiva liceenilor consumatori de droguri este dat de grupul social la care

se raportează cel mai adesea adolescenții și anume pritenii, acest fapt se explică și prin faptul că 91,2% dintre elevii de liceu care consumă droguri au menționat faptul că au prieteni (alții decât colegii de liceu) care consumă substanțe stupefiante.

Una dintre dimensiunile cercetării este dată de locul sau persoanele de unde sau de la care pot fi procurate drogurilor de consumatori. Astfel, liceeni consumatori de droguri au declarat că substanțele stupefiante pot fi procurate în proporție de 83,2% de la dealeri. Pe locul al doilea sunt menționați prietenii (81,4% au menționat acestă sursă), în timp ce 67,3% au specificat „din străinătate". 51,3% dintre consumatori consideră că drogurile pot fi procurate de pe stradă, iar 48,7% de la colegi. Farmaciile – ca sursă de procurare a drogurilor a fost menționată de 29,2% dintre liceeni consumatori de substanțe stupefiante (Vezi Anexa 3 – locuri/persoane de unde pot fi procurate drogurile din perspectiva consumatorilor de droguri).

Procentul liceenilor consumatori de droguri care cunosc instituții și organizații implicate în prevenția și combaterea consumului de droguri se ridică la doar 20,4 puncte procentuale. Printre intituțiile menționate se regăsesc: Agenția Națională Antidrog, Specialiștii DIICOT (Direcția de Investigare a Infracțiunilor de Criminalitate Organizată și Terorism), Poliția și Organizația „Alături de Voi".

Principale măsuri care ar conduce la diminuarea consumului de droguri, din punctul de vedere al liceenilor consumatori de substanțe stupefiante, sunt: măsurile coercitive (30,1% – au menționat amenzile și închisoarea), campaniile de informare anti-drog (23,9%), legalizarea drogurilor ușoare (21,2%) (Vezi Anexa 4 – Măsuri ce ar conduce la diminuarea consumului de droguri).

Liceenii consumatori de droguri consideră că principalul actor ce ar trebuie să se implice în procesul de prevenire și combatare al consumului de droguri este familia, aceast grup social fiind menționat de 67,3% dintre participanții la studiu și a căror activitate este afectată de consumul de substanțe stupefiante. Medicii/consilierii au fost menționați de 58,4% dintre consumatorii de droguri, fiind urmați de specialiștii din ONG-uri (54,9%) și poliție (53,1%).

5. 5. Concluzii

În urma realizării acestui studiu, aducem în atenție o serie de aspecte ce pot constitui puncte de plecare în construirea unor strategii de intervenție, în domeniul prevenirii consumului de droguri la adolescenți.

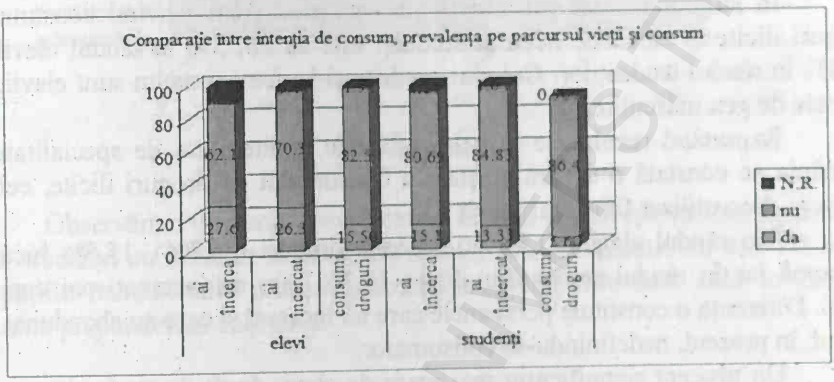
Disponibilitatea drogurilor

Disponibiliatatea față de consum este prezentă la 27,6% din rândul elevilor de liceu și la 15,1% în rândul studenților. Astfel la întrebarea: „Dacă ai putea, ai încerca vreodată un drog" 27,6% dintre elevi au răspuns afirmativ, 62%

au răspuns că nu, iar un procent de 10,3% sunt indecişi. În rândul studenților 15,1% au răspuns afirmativ, 80, 69% au răspuns că nu iar 4,14% sunt indecişi.

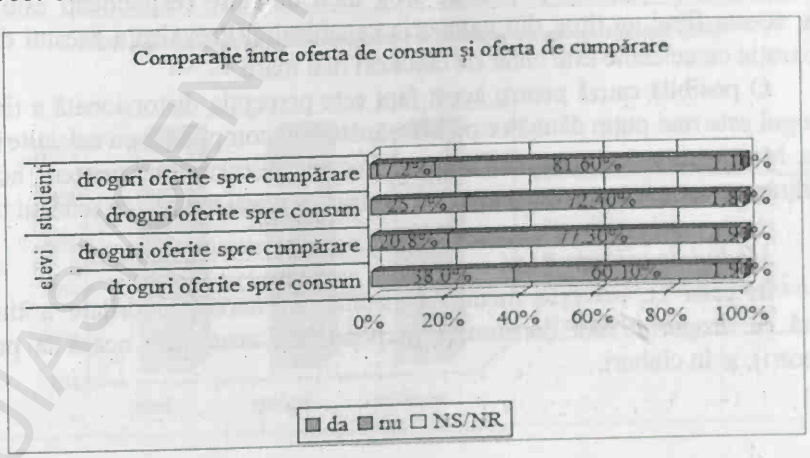
Putem observa comparând răspunsurile la întrebările „Dacă ai putea, ai încerca vreodată un drog" şi „Ai încercat vreodată un drog" că răspunsurile se modifcă. Astfel trecerea de la nivelul de intenție la cel de acțiune presupune scăderea numărului celor care răspund pozitiv şi a celor indecişi şi creşte numărul celor care răspund negativ.

Figura 54: Comparație între intenția de consum şi prevalența pe parcursul vieții



Numărul persoanelor cărora li s-au oferit droguri în vederea consumului este mai mare decât numărul persoanelor cărora li s-au oferit droguri spre cumpărare. Putem observa disponibilitatea substanțelor în special în rândul elevilor (38% au avut posibilitatea să consume) spre deosebire de 25,7% dintre studenți.

Figura 55: Oferta de consum/oferta de cumpărare



Îngrijorător este că pe lângă faptul că sunt disponibile sunt şi foarte accesibile ca preț; mijloacele financiare pentru procurarea acestora nefiind o problemă. Cei mai mulți dintre elevi își pot cumpăra droguri din banii de buzunar sau din economiile proprii.54% dintre elevii consumatori de droguri au un venit lunar între 100-500 RON, 28,3% sub 100 RON, 12,4% între 500-1000 RON, 4,4% peste 1000 RON aceştia fiind banii care acoperă toate cheltuielile: transport, hrană, îmbrăcăminte, rechizite etc.

Consum şi tipuri de droguri consumate

În studiul nostru, prevalența pe parcursul vieții privind consumul de droguri ilicite la elevii de liceu şi studenți este de 26, 3% în rândul elevilor şi 13,3% în rândul studenților. Cei mai predispuşi la acest consum sunt elevii, persoanele de gen masculin.

Raportând rezultatele la cele publicate în literatura de specialitate din România se constată o uşoară creştere a consumului de droguri ilicite, cel mai frecvent drog utilizat fiind marijuana.

Din rândul elevilor care au încercat droguri (26,3%), 15,5% încă mai consumă iar în rândul studenților dintre 13,3% care au încercat mai consumă 5.6%. Diferența o constituie persoanele care au încercat şi care au abandonat consumul, în prezent, nedefinindu-se consumator.

Un procent semnificativ mai mare de elevi, decât de studenți, consumă droguri ilicite în mod regulat (cel puțin o dată în ultima lună).

În legătură cu tipul de substanțe ce ar putea fi consumate respondenții au afirmat că ar consuma în ordinea descrescătoare numărului de răspunsuri: marijuana, haşiş, ecstasy, cocaină şi în proporții mai mici heroină, LSD, sedative, amfetamine şi aurolac. Acestea fiind drogurile cele mai cunoscute şi totodată cele mai consumate în rândul tinerilor.

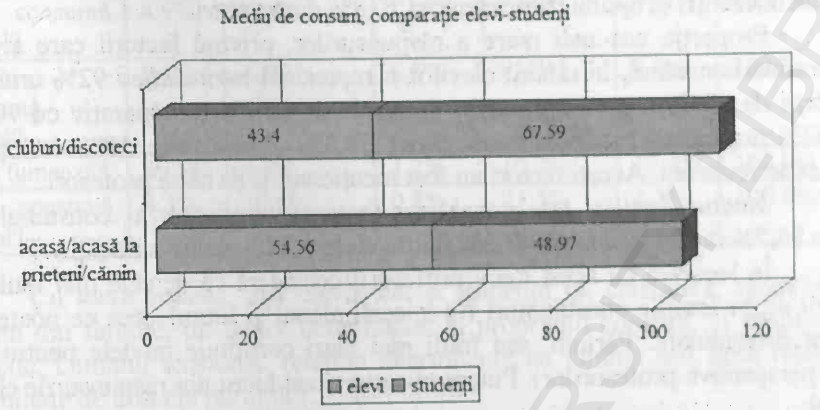
Cel mai cunoscut şi utilizat drog ilicit de către respondenți este marijuana, acesta fiind un drog din categoria canabisului. Prevalența acestui drog în comparație cu celelalte este chiar de cinci ori mai mare.

O posibilă cauză pentru acest fapt este percepția distorsionată a tinerilor că drogul este mai puțin dăunător pentru sănătate în comparație cu celelalte stupefiante. Marijuana este consumată cel mai frecvent în cercuri de prieteni, acasă la unul dintre aceştia în scop experimental pentru a acoperi nevoia de senzații tari.

Mediul de consum

În ceea ce priveşte mediul consumului, marea majoritate a tinerilor declară că drogurile sunt consumate preponderent acasă sau acasă la prieteni (petreceri), şi în cluburi.

Figura 56: Mediul de consum în funcție de statutul educațional

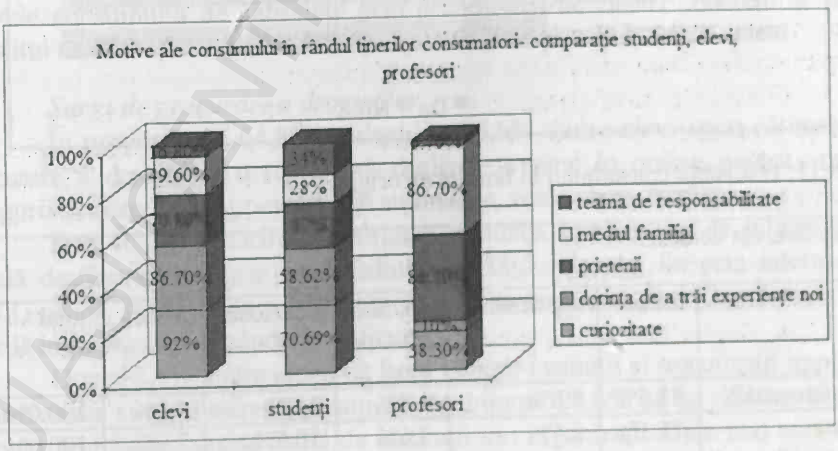


Observăm o diferență semnificativă în ceea ce privește mediul de consum astfel studenții au declarat în proporție de 67,59%, comparativ cu 48.97% elevi, că spațiile recreaționale precum discotecile și cluburile sunt cele în care se consumă preponderent substanțe.

Factori determinanți

În legătură cu motivele, care ar putea determina tinerii să consume droguri, observăm diferențe semnificative între răspunsurile oferite de elevi, studenți și profesorii.

Figura 57: Determinanți ai debutului în consum din perspectiva elevilor, studenților și a profesorilor



BCU IASI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

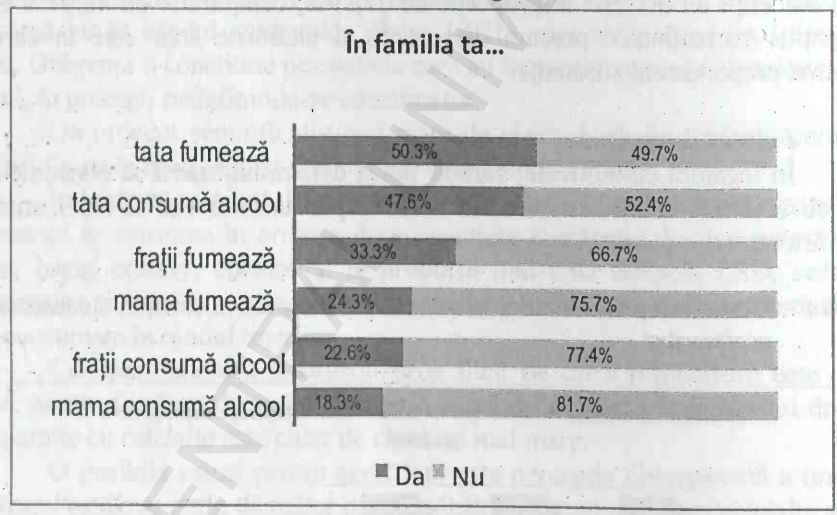
Profesorii identifică un prim factor de risc *prietenii, anturajul* în proporție de 86,7% comparativ cu 47% dintre studenți care pun, consumul de substanțe, pe seama influenței grupului de prieteni, și 70,8% dintre elevi.

Proporția cea mai mare a răspunsurilor, privind factorii care ar putea determina consumul, în rândul elevilor o reprezintă *curiozitatea* 92% urmată de *dorința de a trăi experiențe noi* în proporție de 86,7% (comparativ cu 70,69 și 58,62% răspunsuri în rândul studenților), 38,3% – curiozitate, 10% dorința de a trăi experiențe noi. Acești factori au fost menționați și de către profesori.

Mediul familial este considerat factor determinant, al consumului, de către 86,7% dintre profesori, 49,6% dintre elevi și 28% dintre studenți.

În legătură cu acest item, profesorii consideră că de cele mai multe ori, tinerii au în familie consumatori (în special alcool și tutun) ceea ce poate fi un factor determinant. Părinții, sau frații mai mari constituie modele pentru tineri (din perspectiva profesorilor). Putem observa acest lucru din răspunsurile elevilor astfel:

Figura 58: Consumul de substanțe în familia de origine



Tabel 11: Frecvența consumului în familia de origine

Dacă DA, cât de des...						
	zilnic	săptămânal	de 2/3 ori pe luna	ocazional	ns/nr	total
tata fumează?	85.5%	4.6%	0.8%	3.8%	5.2%	100.0%
mama fumează?	75.1%	5.6%	0.6%	10.7%	7.9%	100.0%

Dacă DA, cât de des...						
tata consumă alcool?	4.9%	19.1%	12.4%	59.8%	3.8%	100.0%
mama consumă alcool?	0.8%	4.5%	6.8%	82.7%	5.3%	100.0%
frații fumează?	69.8%	5.8%	1.2%	10.7%	12.4%	100.0%
frații consumă alcool?	4.3%	10.4%	9.8%	71.3%	4.3%	100.0%

Cu toate acestea, atât elevii, cât și studenții nu consideră, modelul de consum din familie, un factor determinant al propriului consum, ci problemele familiale, climatul tensionat, relațiile intermitente cu familia sau lipsa relațiilor determinate de absența părinților.

Modalități de intervenție

Referitor la măsurile ce ar putea fi luate pentru prevenirea debutului sau stoparea consumului, atât elevii cât și studenții sunt de acord că cele mai eficiente sunt măsurile coercitive/punitive (amenzi, închisoare, controale) 30,1% dintre elevii consumatori și 31,1% dintre studenți. În privința consecințelor rezultate din consumul, respectiv traficul de droguri apar foarte des confuzii, respondenții având tendința de a atribui consumului de droguri sancțiunile specificate pentru traficul de droguri ilicite. Pe poziția a doua se situează campaniile de informare în școli 23,9% dintre elevi și 29,26% dintre studenți.

La nivel de intervenție, profesorii consideră că: implicarea părinților, sancționarea celor care comercializează droguri minorilor, precum și implicarea activă a tinerilor în campanii și activități extrașcolare, conștientizarea privind efectele consumului de substanțe prin prezentarea de cazuri concrete ar putea constitui modalități de optimizare a programelor de intervenție.

Sursa de procurare a drogurilor

În proporție de 64,8% studenții și 76,6% dintre elevi spun că sursa de procurare a drogurilor o reprezintă dealerii, urmând în ordine pentru ambele categorii de responenți: prietenii, din străinătate, weed-shop, farmacii.

Deși toți profesorii au menționat existența campaniilor de informare în școală desfășurate fie prin intermediul autorităților locale, fie prin intermediul O.N.G-urilor, fie la orele de dirigenți, elevii nu recunosc acest lucru sau nu le acordă importanță nevăzându-le utilitatea.

Doar 18,4% dintre elevii de liceu cunosc instituții și organizații implicate în prevenirea și combaterea consumului de droguri. 24,8% nu au răspuns la acest item iar 56,8% nu cunosc astfel de instituții sau organizații. Cele mai cunoscute sunt: ANA (59%), poliția (17,2%), clinici de dezintoxicare (7,5%), campaniile

desfășurate de ONG-uri sunt menționate de 6,7% dintre elevi, școala în proporție de 4,5%, iar biserica în proporție de 0,7%.

Amploarea fenomenului

În ceea ce privește amploarea fenomenului, 78% dintre elevi consideră că este în creștere, 9,1% cred că este neschimbată, 2,5% consideră că este în scădere iar 10,5% nu au răspuns la acest item. Proporția profesorilor care se arată îngrijorați față de creșterea numărului de elevi care consumă substanțe este de 89%. Cu toate acestea atunci când au fost întrebați dacă în școala în care predau există elevi consumatori cei mai mulți au declarat că nu știu nici un caz concret sau că au avut în anii din urmă sau că numărul acestora (1-2) nu ridică probleme în schimb recunosc aceste probleme fie la alte școli fie la proprii elevi dar în timpul liber, atunci când responsabili pentru acest lucru sunt fie elevii înșiși fie familia. Putem vorbi de o externalizarea a problemei din spațiul instituțional și chiar de o acceptare tacită a unor astfel de comportamente din partea profesorilor.

> „Eu personal, la clasele la care predau, nu cunosc asemenea situații, dar sunt, în școală, elevi care fumează sau care beau. Conform regulamentului școlar, nu au voie să fumeze în curtea școlii, acest lucru înseamnă să-i fugărim în stradă unde apar alte pericole, așa că... mai închidem ochii. Cât despre alcool...toleranță zero. (profesor, matematică, 41 de ani).
> Eu am pus nota 4 la purtare pentru loviri, iar pentru alcool, pentru comportament neadecvat am pus nota 9 la purtare. Până la urma exmatricularea unui elev și privarea lui de la partea educativă chiar așa și cu probleme nu face altceva decât să dea de lucru altor instituții (profesor, sociologie, 40 de ani)".

Tot de o externalizare a problemei din spațiul școlii putem vorbi și atunci când analizăm răspunsurile elevilor. Astfel în ceea ce privește consumul de droguri ilegale 42,6% dintre elevi spun că au colegi care consumă iar 50,3% au prieteni care consumă, alții decât colegii. Diferența între variabila „nu știu/nu răspund" pentru aceleași întrebări este foarte mare: 31,9% referitor la colegi și doar 13,9% referitor la prieteni alții decât colegii.

Prin intermediul datelor colectate s-a putut identifica un profil al persoanei consumatoare de droguri, pornind de la diferențele constatate între aceasta și tinerii care nu consumă droguri. Astfel, profilul tipic al unui consumator de droguri ilicite pare a fi acela a unei persoane care consumă frecvent tutun și alcool, care are dificultăți de relaționare cu familia de proveniență și care este în mai mare măsură orientată spre comportamente riscante și căutarea de senzații.

În sfârșit, deși atât liceenii, cât și studenții declară că au participat în programe educative de prevenire a consumului de droguri, ei manifestă destulă reticență în a apela la specialiști. Putem vorbi de o nerecunoaștere a problemei. Tinerii nu consideră consumul propriu ca pe unul problematic, în consecință, fie

consideră că pot renunța oricând, dar încă nu s-au hotărât, fie nu recunosc rolul specialiștilor.

De comun acord, atât profesorii cât și tinerii consideră că între instituțiile și măsurile care ar putea duce la o eficientizare a campaniilor de prevenire a debutului și consumului de droguri, familia ar putea avea rolul decisiv.

Profesorii consideră că informarea părinților și implicarea acestora în programe de formare dezvoltare a abilităților parentale, o mai bună conlucrare părinte-profesor, precum și un control mai atent al copiilor ar putea să fie o modalitate de rezolvare a problemelor legate de consumul de droguri. În același timp, elevii chestionați identifică familia ca pe un factor protectiv și reclamă lipsa relaționării părinte-copil.

Majoritatea elevilor intervievați nu au recunoscut consumul (fie de droguri legale, fie de droguri ilegale) față de părinți și nici nu intenționează să facă acest lucru și acest fapt nu se datorează repercursiunilor ce ar putea urma ci de cele mai multe ori rușinii sau din dorința de a nu-i supăra.

Cumulând aceste informații rezultă o nevoie ridicată pentru acțiuni cu rol preventiv, fapt ce face ca problematica prevenirii și combaterii consumului de droguri să rămână un subiect important pe agenda publică viitoare. Urmare a interacțiunii atât cu elevii și studenții cît și cu profesorii au putut fi formulate câteva recomandări privind eficientizarea programelor de prevenire:

- Programele de prevenirea la scară largă au menirea de a aduce informații utile referitoare la efectele negative pe care comportamentul de risc le implică, dar au o rată de reușită scăzută atunci când se pune problema prevenirii implicării tinerilor în comportamente de risc.
- În contrast cu aceste programe de tip one-size-fits-all programele de prevenire de tip individual bazate pe competențele individuale și-au dovedit eficacitatea în reducerea comportamentelor de risc.
- Studiile efectuate relevă faptul că promovarea de măsuri, campanii, activități care să aibă în centru factorii protective (biologici, psihologici, sociali), în special când grupul țintă îl reprezintă tinerii, oferă o alternativă viabilă pentru promovarea și menținerea unui stil de viață fără consum de substanțe.
- Tinerii care au o legătură strânsă și pozitivă cu școala sunt mai puțin predispuși riscului de a începe să consume substanțe sau să dezvolte comportamente deviante.
- La nivel individual, experiențele de viață au un rol mai important, în dezvoltarea comportamentelor addictive, decât factorii genetici. Determinante sunt suportul și grija din partea familiei, calitatea relațiilor cu școala, abilități și competențe sociale, precum controlul sentimentelor și stabilirea scopurilor. Mai mult decât atât, adolescenții care au credințe morale și religioase solide și care nu se lasă influențați de prietenii lor, implicați în comportamente deviante, nu vor dezvolta comportamente deviante. Analiza nevoilor tinerilor este esențială în procesul de recuperare, stabilirea priorităților în abordarea terapeutică este esențială.

- Abstinența poate fi un scop nerealist în schimb reducerea consumului, minimizarea efectelor produse de consum pot fi obiective realizabile.
- La nivelul grupului de prieteni, alegerea grupului de prieteni și natura relațiilor stabilite în cadrul și cu acest grup, sunt determinante. Diferența apare din natura grupului la care se asociază adolescentul.
- La nivel familial, factorii includ: istoricul familial de consum, eficacitatea gestionării familiei (comunicarea și disciplina, structura strategiilor de coping, gradul de atașament dintre copii și părinți, natura regulilor și a expectanțelor din partea părinților) precum și calitatea relațiilor în cadrul familiei extinse. Adolescenții care provin din familii ce promovează un sistem de valori și norme morale și a căror structură este una autoritar-suportivă sunt mai puțin predispuși să dezvolte comportamente deviante.
- La nivel societal și comunitar, factorii includ existența unui sistem de atitudini și norme care incriminează comportamentele deviante. Responsabilitatea cade în seama tuturor (a soțului, prietenului, vecinului sau oricărui cetățean), dar și a statului, care facilitează oferta și consumul de droguri, care prin Constituție este obligat să ia măsuri pentru sănătatea publică (art. 34, alin. 1). Cel mai potrivit argument, privind responsabilizarea tuturor instituțiilor, poate cel mai puternic, rezultă din cercetările americanilor, în care nici măcar dependenții, nu sunt de acord cu legalizarea drogurilor (Trevino, A. R., Richard, A. J., 2002, pp. 91-108).
- La nivelul relațiilor cu școala, adolescenții care au relații pozitive cu profesorii, frecventează școala cu regularitate, au rezultate școlare bune și un mediu școlar pozitiv sunt mai puțin predispuși în a dezvolta comportamente deviante.

Studiul factorilor și proceselor care cresc riscul de consum, sau protejează împotriva acestuia, a identificat o serie de arii majore de intervenție de tip protectiv: relatiile intrafamiliale, relațiile din cadrul grupului de egali, mediul școlar, relațiile din cadrul comunității. Fiecare dintre aceste arii de interes poate constitui cadrul unei activități de prevenire a consumului de drog, prin creșterea abilităților sociale și a competențelor personale, conștientizarea asupra pericolelor la adresa stării de sănătate, relevarea consecințelor sociale și psihologice pe care le presupune abuzul de droguri.

Serviciile trebuie să fie specifice adolescenților și să fie bazate pe o abordare holistică care să includă: evaluare, managementul de caz, consiliere individuală, grupuri de suport, formarea abilităților, educație, terapia familiei, asistență în construirea carierei, stabilirea legăturilor cu grupuri, instituții care pot oferi suport. Interacțiunea efectivă între familie și personalul din instituțiile de suport este esențială pentru reintegrarea tinerilor.

ANEXE

Anexa 1 - Ultima şcoală absolvită de părinţii liceanului consumator de droguri

Ultima şcoală absolvită de părinţii liceanului consumator de droguri				
	Mama respondentului		Tatăl respondentului	
	Frecvenţă	Procent	Frecvenţă	Procent
Fără şcoală	1	0.9	1	0.9
Gimnazial (5-8 clase)	3	2.7	1	0.9
Treapta I de liceu (9-10 clase)	7	6.2	5	4.4
Şcoală profesională/ ucenici sau complementar	10	8.8	14	12.4
Liceu (9-12 clase)	30	26.5	32	28.3
Şcoală post-liceală sau tehnică de maiştri	9	8.0	12	10.6
Universitar de scurtă durată / colegiu	10	8.8	5	4.4
Universitar de lungă durată	22	19.5	18	15.9
Studii postuniversitare	12	10.6	10	8.8
Nu ştiu/ nu răspund	9	8.0	15	13.3
Total	113	100.0	113	100.0

Anexa 2 - Statutul ocupaţional al părinţilor consumatorului de droguri

Statutul ocupaţional al părinţilor consumatorului de droguri				
	Mama respondentului		Tatăl respondentului	
	Frecvenţă	Procent	Frecvenţă	Procent
Patron	10	8.8	16	14.2
Director	2	1.8	4	3.5
Şef de secţie/ departament	9	8.0	4	3.5
Personal cu studii superioare	15	13.3	7	6.2
Maistru, tehnician	1	0.9	11	9.7
Muncitor calificat	22	19.5	30	26.5
Muncitor necalificat	3	2.7	5	4.4
Funcţionar	11	9.7	6	5.3
Liber profesionist	2	1.8	10	8.8
Şomer	3	2.7	0	0.0
Casnic	23	20.4	4	3.5
Pensionar	4	3.5	5	4.4
Altul	2	1.8	0	0.0
Nu ştiu/ nu răspund	6	5.3	11	9.7
Total	113	100.0	113	100.0

BCU "SOCIETATEA ȘCOLARĂ LA TINERI" LIBRARY

Anexa 3 – Locuri/persoane de unde/de la care pot fi procurate drogurile din perspectiva consumatorilor de droguri

De unde crezi că pot fi procurate droguri?				
		Da	nu	ns/nr
Dealer	%	83.2%	14.2%	2.7%
Prieteni	%	81.4%	17.7%	0.9%
Colegi	%	48.7%	46.0%	5.3%
Farmacie	%	29.2%	64.6%	6.2%
De pe stradă	%	51.3%	45.1%	3.5%
Din străinătate	%	67.3%	28.3%	4.4%
Alte locuri	%	31.0%	61.1%	8.0%

Anexa 4 – Măsuri ce ar conduce la diminuarea consumului de droguri

Care dintre următoarele măsuri credeți că ar conduce la diminuarea consumului de droguri					
		Frecvență	Procent	validitate	Procent cumulat
	Măsuri coercitive: amenzi, închisoare etc	34	30.1	30.1	30.1
	Campanii de informare anti-drog	27	23.9	23.9	54.0
	Consiliere în școli	8	7.1	7.1	61.1
	Interzicerea comercializării tuturor drogurilor	14	12.4	12.4	73.5
	Legalizarea drogurilor ușoare	24	21.2	21.2	94.7
	Programe terapeutice pentru dependenți	4	3.5	3.5	98.2
	Nu știu / nu răspund	2	1.8	1.8	100.0
	Total	113	100.0	100.0	

Anexa 5 – Actori ce ar trebui să se implice în prevenția/combaterea consumului de droguri

Cine crezi că trebuie să se implice în prevenția/combaterea consumului de droguri?			
		da	nu
Poliția	%	53.1%	46.9%
Prieteni	%	47.8%	52.2%
Colegi	%	26.5%	73.5%
Familia	%	67.3%	32.7%
Profesori	%	35.4%	64.6%
Medici / consilieri	%	58.4%	41.6%
Specialiști din ONG-uri	%	54.9%	45.1%

Lista figurilor şi tabelelor

Figura 1: Tipuri de consumatori (grame de alcool/zi) / 25
Figura 2: Factori de risc asociaţi consumului de alcool / 43
Figura 3: Comparaţie între Consumul de substanţe în România şi media europeană la nivelul anului 2011 / 49
Figura 4: Teorii şi modele explicative ale consumului de substanţe / 65
Figura 5: Formarea comportamentelor pro/anti sociale / 76
Figura 6: Relaţia între statutul economic şi oportunităţile educaţionale / 101
Figura 7: Relaţia între comportament şi alterntive ale acţiunii, în rândul claselor defavorizate / 105
Figura 8: Factori determinanţi ai consumului de droguri / 110
Figura 9: Debutul şi menţinerea consumului de droguri / 120
Figura 10: Corelaţia între stadiile consumului, comportamentul consumatorului şi persoanele implicate în tratament / 121
Figura 11: Corelaţia între instituţii, tipul de intervenţie recomandat în funcţie de stadiul consumului şi factorii protectivi / 123
Figura 12: Model adaptat după ciclul dezvoltării abilităţilor de viaţă / 126
Figura 13: Model de intervenţie la nivelul şcolii / 128
Figura 14: Evoluţia consumului de droguri de-a lungul vieţii, pe tipuri de droguri, % (ESPAD 1999, 2003, 2007, 2011) / 133
Figura 15: Prevalenţa consumului de droguri de-a lungul vieţii, comparaţie România – media europeană, pe tipuri de droguri / 139
Figura 16: Structura pe clase a eşantionului / 163
Figura 17: Semnificaţia atribuită drogurilor (perspectiva elevilor) / 164
Figura 18: Surse de informare referitoare la droguri / 165
Figura 19: Intervenţia la nivelul şcolii (perspectiva profesorilor) / 165
Figura 20: Disponibilitatea drogurilor (oferta de consum) / 170
Figura 21: Disponibilitatea drogurilor(oferta de cumpărare) / 170
Figura 22: Consumul în grupul de colegi / 171
Figura 23: Consumul în grupul de prieteni / 171
Figura 24: Perspectiva profesorilor asupra consumului de droguri, în rândul elevilor / 172
Figura 25: Consumul declarat de substanţe(perspectiva elevilor) / 174
Figura 26: Prevalenţa consumului de droguri în rândul elevilor / 174
Figura 27: Principalele tipuri de droguri oferite spre consum / 175
Figura 28: Principalele droguri consumate în grupul de colegi / 175
Figura 29: Principalele tipuri de droguri consumate în grupul de prieteni / 176
Figura 30: Mediul de consum (analiza în baza chestionarului) / 177
Figura 31: Mediul de consum (interviuri consumatori) / 178

Figura 32: Sursa pentru procurare a drogurilor (interviuri consumatori) / 179
Figura 33: Surse de procurare a drogurilor (răspunsurile elevilor, analiza bazată pe chestionar) / 180
Figura 34: Factori determinanți ai consumului de droguri, din perspectiva profesorilor / 181
Figura 35: Factori determinanți ai consumului de droguri din perspectiva elevilor / 181
Figura 36: Determinanți ai consumului de droguri din perspectiva elevilor (ancheta bazată pe chestionar) / 182
Figura 37: Disponibilitatea față de consum (chestionar aplicat elevilor) / 183
Figura 38: Consumul de substanțe în mediul familial (chestionar administrat elevilor) / 183
Figura 39: Percepția asupra amplorii fenomenului consumului de droguri din perspectiva elevilor / 185
Figura 40: Factori motivatori ai consumului (din perspectiva elevilor) / 186
Figura 41: Perspectiva elevilor asupra instituțiilor ce ar trebui să se implice în prevenirea și combaterea consumului de droguri / 187
Figura 42: Implicarea școlii în prevenirea/combaterea consumului de droguri (perspectiva profesorilor) / 187
Figura 43: Eficiența programelor de intervenție din perspectiva profesorilor / 189
Figura 44: Instituțiile specializate pentru oferirea de servicii în scopul prevenirii și tratamentului consumului de substanțe (din perspectiva elevilor) / 191
Figura 45: Măsuri de intervenție în scopul combaterii/diminuării consumului de droguri (perspectiva elevilor) / 191
Figura 46: Opinia referitoare la legalizarea drogurilor ușoare / 192
Figura 47: Optimizarea intervenției din perspectiva profesorilor / 194
Figura 48: Percepția asupra consumului (perspectiva elevilor) / 195
Figura 49: Prevalența consumului de droguri în rândul elevilor din Iași / 196
Figura 50: Modalități de petrecere a timpului liber – corelație cu mediul de consum / 197
Figura 51: Profilul elevului consumator de droguri / 198
Figura 52: Frecvența consumului / 199
Figura 53: Percepția cu privire la consumul de droguri / 200
Figura 54: Comparație între intenția de consum și prevalența pe parcursul vieții / 203
Figura 55: Oferta de consum/oferta de cumpărare / 203
Figura 56: Mediul de consum în funcție de statutul educațional / 205
Figura 57: Determinanți ai debutului în consum din perspectiva elevilor, studenților și a profesorilor / 205
Figura 58: Consumul de substanțe în familia de origine / 206

Tabel 1: Corelația între factorii ereditari și comportamentul antisocial / 92
Tabel 2: Corelația între afecțiunile psihice și comportamentul antisocial / 93
Tabel 3: Corelația între relațiile din cadrul familiei și dezvoltarea comportamentului delincvent la minori / 95
Tabel 4: Tabelul Predicției Sociale / 98
Tabel 5: Principalele efecte și particularități ale procesului de segregare / 103
Tabel 6: Corelația între timpul de vizionare a emisiunilor violente și dezvoltarea comportamentului antisocial / 107
Tabel 7: Factori de risc și factori protectivi în proiectarea modalităților de intervenție / 116
Tabel 8: Tip de consum și frecvența consumului de substanțe în mediul familial / 184
Tabel 9: Corelația între tipul de substanțe consumate și mediul de consum / 197
Tabel 10: Consumul de substanțe în cadrul familiei / 200
Tabel 11: Frecvența consumului în familia de origine / 206

BCUIASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

BCUIASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Bibliografie

Abraham, D. (coord.), Abraham, A., Dalu, A.M., Fierbinteanu, C., Marcovici, O., Mitulescu, S., Plaeşu, A., Sufaru, I. (2013), *Situaţia adolescenţilor din România*, http://www.unicef.ro/wp-content/uploads/Studiu-privind-situatia-adolescentilor-din-Romania.pdf.

Abraham, P. (2005), *Capcana drogurilor*, Editura Detectiv, Bucureşti.

Abraham, P. (coord), Ciucu, D., Pedaru, D., Moldovan A. (2004), *Prevenire şi consiliere antidrog*, Editura Ministerului administraţiei şi internelor, Bucureşti.

Abraham, P., coord. (2005), *Standardele Sistemului Naţional de Asistenţă medicală, psihologică şi socială a consumatorilor de droguri*, ANA http://www.ana.gov.ro/rom/standarde.pdf.

Abraham, P., Roncov, A. L., Cărăuşu, C. (2004), *Drogurile: aspecte juridice şi psihosociale*, Editura Mirton, Timişoara.

ACMD, (2008), *Cannabis: classification and public health*, Advisory Council on the Misuse of Drugs, Home Office, London (http://drugs.homeoffice.gov.uk/publication-search/acmd/ acmd-cannabis-report-2008?view=binary).

Ah Shene, D. (1999), „Resiliency: A Vision of Hope", în *Developments*, 18, 7, pp. 2-3.

Ajzen, I. (1988), *Attitudes, personality, and behavior*, Dorsey Press, Chicago.

Ajzen, I., Fishbein., M. (1980), *Understanding Attitudes and Predicting Social Behavior*, Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Ajzen, I. (1985), „From Decisions to Actions: A Theory of Planned Behavior", pp. 11-39, în Kuhl, J., Beckmann, J. (eds), *Action Control: Front Cognition to Behavior*, Springer-Verlag, New York.

Aldinger, C., Whitman, C.V. (2003), „Skills for Health: Skills-based Health Education including Life Skills: An Important Component of a Child-friendly", Health-promoting School. The World Health Organization's Information Series on School Health: Document 9. Geneva,WHO.

Amza, T. (2000), *Criminologie teoretică*, Editura Lumina Lex Bucureşti.

ANA, (2014), Raport naţional privind situaţia drogurilor. România Noi evoluţii şi tendinţe. http://www.ana.gov.ro/rapoarte%20nationale/RO_RN_2014.pdf.

ANA, (2013), Raport naţional privind situaţia drogurilor. Noi evoluţii, tendinţe şi informaţii detaliate cu privire la temele de interes european. http://www.ana.gov.ro/rapoarte%20nationale/RN_2013.pdf.

ANA, (2010), Raport naţional privind situaţia drogurilor româna Noi evoluţii, tendinţe şi informaţii detaliate cu privire la temele de interes european. http://www.ana.gov.ro/studii/GPS%2010.pdf.

Anderson, P., Baumberg, B. (2006), Raport pentru Comisia Europeană, Institutul de studiu al alcoolului, Marea Britanie, http://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/alcohol/documents/ alcohol_europe_en. pdf.

Anderson, P., Møller, L., Galea, G. (edit., 2012), Alcohol in the European Union Consumption, harm and policy approaches, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/160680/e96457.pdf.

Anderson, T.L., Mott Joshua A. (1998), Drug-related identity change: theoretical development and empirical assessment, Journal of Drug Issues 28(2): 299-328.

Anderson, T.L. (1995), „Toward a Preliminary Macro Theory of Drug Addiction", în *Deviant Behavior*, 16(4), pp. 353-372.

Anderson, T.L. (1993), „Types of Identity Change in Drug Using and Recovery Careers", în *Sociological Focus*, 26(2), pp. 133-145.

Anderson, T.L. (1998), „A cultural identity theory in drug abuse", în *Sociology of Crime, Law and Deviance*, 1, pp. 233-262.

Anderson, T.L. (1994), „Drug Abuse and Identity: Linking Micro and Macro Factors", în *Sociological Quarterly*, 35(1), pp. 159-174.

ASPECT Consortium, (2004), Tobacco or health in the European Union: past, present and future. European Commission. http://ec.europa.eu/health/archive/ph_determi nants/life_style/tobacco/documents/tobacco_fr_en.pdf.

Babor, T.F., Dolinsky, Z.S. (1988), „Alcoholic typology: Historical evolution and empirical evaluation of some common classification schemes", în Rose, RM Barrett, J. (eds.): *Alcoholism and Outcome*, New York, Raven Press.

Babor, T.F. (1996), „The classification of alcoholics. Typology theories from the 19th century to the present", în *Alcohol Health and Research World*, 20, pp. 6-14.

Babor, T.F. (1992), Substance-related problems in the context of international classificatory systems, în M. Lader *et al* (eds.), *The Nature of Alcohol and Drug Related Problems*, Oxford University Press, New York.

Banciu, D., Rădulescu, S. M. (2002), *Evoluții ale delincvenței juvenile în România. Cercetare și prevenire socială*, Editura Lumina Lex, București.

Bandura, A. (1977), „Self-efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavior Change", în *Psychological Review*, 84, pp. 191-215.

Baumrind, D. (1985), „Familial Antecedents of Adolescent Drug Use: A Developmental Perspective", în *Etiology of Drug Abuse: Implications for Prevention*, Jones C.L., Battjes, R.J., (eds), MD. NIDA Research Monograph 56. Rockville.

Baumrind, D. (1983), „Rejoinder to Lewis's reinterpretation of parental firm control effects: are authoritarian families really harmonious?", în *Psychological Bulletin*, 94, pp. 132-142.

Bărbulescu, M., Prodan, E., Grigorescu, I. (1979), *Prevenirea, descoperirea și cercetarea infracțiunilor la regimul stupefiantelor*, Ed. Serviciul editorial și cinematografic – Ministerul de Interne.

Beauvis. F., LaBoueff, S. (1985), „Drug and Alcohol Abuse Intervention in American Indian Communities", în *The International Journal of Addictions*, 20, pp. 139-147.

Beirne, P. (1988), „Heredity Versus Environment: A Reconsideration Of Charles Goring's The English Convict (1913)", în *British Journal of Criminology*, Vol. 28 (3), pp. 315-339.

Beck, J., Rosenbaum, M. (1995), *Pursuit of Ecstasy*, SUNY Press, New York.

Becoña, E. (1999), Bases Teóricas que Sustentan los Programas de Prevención de Drogas (Madrid: Plan Nacional sobre Drogas, http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/Bases_cientificas.pdf.

Bell, Robert R. (1976), *Social Deviance. A Substantive Analysis* (ediție revăzută), The Dorsey Press, New Jersey.

Bennett. J. (1981), *Oral History and Delinquency: The Rhetoric of Criminology*, University of Chicago Press Chicago, IL.

Bercheşan, V., Pletea C. (1998), *Drogurile şi traficanţii de droguri*, Editura Paralela 45, Piteşti.

Bernard, B. (1991), *Fostering resiliency in kids: Protective factors in the family, school, and community. Western Center for Drug Free Schools and Communities*/Northwest Regional Educational Laboratory. (Oregon: NWRE, http://www.hopeworks.org/formation/documents/FosteringResiliency.pdf.

Björn, H., Guttormsson Ulf, Ahlström Salme, Balakireva Olga, Bjarnason Thoroddur, Kokkevi Anna, Kraus Ludwig (2012), The 2011 ESPAD Report. Substance Use Among Students in 36 European Countries. The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs, Stockholm, SwedenESPAD, http://www.espad.org/uploads/espad_reports/2011/the_2011_espad_report_full_2012_10_29.pdf.

Blas, E, Kurup, AS. (2010), *Equity, Social determinants and public health programmes*, Geneva: World Health Organization. http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241563970_eng.pdf.

Blume, W. A. (2004), „Understanding and Diagnosing Substance Use Disorder", în Robert Holman Coombs (ed.), *Handbook of Addictive Disorders: A Practical Guide to Diagnosis and Treatment*, John Wiley and Sons, New Jersey.

Bonner, D.M., Herres, S.E. (1982), *Heredity*, Englewood Cliffs.N.J. Prentice Hall.

Boncu , Şt. (2000), *Deviaţa tolerată*, Editura Universităţii „Al. I. Cuza", Iaşi.

Boudon, R. (2006), *Tratat de sociologie*, Editura Humanitas, Bucureşti.

Bourdieu, P. (1980), *The Logic of Practice*, Stanford University Press, Stanford, CA.

Bourdieu, P. Passeron J.C., (1977), *Reproduction in Education, Society, and Culture*, Sage, Londra.

Bourgois, P. (1989), „In Search of Horatio Alger: Culture and Ideology in the Crack Economy", în *Contemporary Drug Problems*, 16(4): 619-649.

Bourgois, P. (1996), *In Search of Respect*, Cambridge University Press, New York.

Boyer, T. (2006), „The development of risk-taking: A multi-perspective review", în *Developmental Review*, 26(3), pp. 291-345.

Bronfenbrenner, U. (1994), „Ecological models of human development", în *International Encyclopedia of Education*, vol. 3, 2nd Ed., Oxford: Elsevier Sciences, pp. 1643-1647.

Budney, A.H., Hughes, J.R., Moore, B.A., şi Vandrey, R. (2004), „Review of the validity and significance of cannabis withdrawal syndrome", în *American Journal of Psychiatry*, 161, pp. 1967-1977.

Byrnes, J., Miller, D., Schafer, W. (1999), „Gender differences in risk taking: A meta-analysis", în *Psychological Bulletin*, 125(3), pp. 367-383.

Caetano, R. (1987), „Acculturation and Drinking Patterns among U.S. Hispanics", în *British Journal of Addiction*, 82, pp. 789-799.

Calafat, A., Amangual, M., Palmer, A. (1997), „Drug use and its relationship to other behaviour disorders and maladjustment signs among adolescents", în *Substance Use and Misuse*, 32, pp. 1-24.

Carroll, K.M., Kosten T.R., Rounsaville B.J. (2004), „Choosing a behavioral therapy platform for pharmacotherapy of substance users", în *Drug and Alcohol Dependence*, 75, pp. 123-134.

Catalano, R., F., Park, J., Harachi, T., W., Haggerty, K., P., Abbott, R., D., Hawkins, D., J. (2008), „Mediating the effects of Poverty, Gender, Individual Characteristics, and External Constraints on Antisocial Behavior: A test of the Social Development Model and Implications for Developmental Life- Course Theory", în David, P., (ed.), *Integrated Developmental and Life Course Theories of Offending, Advances in Criminological Theory*, vol 14, Farrington: Transaction Publisher.

Catalano, R.F., Hawkins, J.D. (1996), „The Social Development Model: A Theory of Antisocial Behavior", în *Delinquency and Crime: Current Theories*, Hawkins, J.D. (ed.), Cambridge University Press, New York.

Catalano, R.F., R. Kosterman, J.D. Hawkins, M.D. Newcomb, Abbott R.D. (1996), „Modeling the Etiology of Adolescent Substance Use: A Test of the Social Development Model", în *Journal of Drug*, 26(2), pp. 429-456.

Chazal, J. (1983), *L'Enfant Délinquant*, 11 ed., Presses universitaires de France, Paris.

Cloninger, C.R. (1987), „Neurogenetic adaptative mechanisms in alcoholism", în *Science*, 236, pp. 410-416.

Cloninger, C. R., Sigvardsson, S., Bohman, M. (1996), „Type I and Type II Alcoholism: An Update", în *Alcohol health & research world*, 20(1), pp. 17-23.

Comisia europeană, Special eurobarometer 332, (2010) http://ec.europa.eu/health/tobacco/docs/ebs332_en.pdf.

Cojocaru, Șt, Cojocaru, D., Bunea, O., Rădoi, M., Asăvoaie, C., Ursan, M. (2010), „The Prevalence of Drug Use Amoung Students of Iasi", în *Social Research Reports*, vol. 7, pp. 3-54.

Conrod, P., Castellanos, N., Mackie, C. (2008), „Personality-targeted interventions delay the growth of adolescent drinking and binge drinking", în *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(2), pp. 181-190.

Conrod, P.J, Stewart, S.H., Comeau, N., Maclean, A.M., (2006), „Preventative efficacy of cognitive behavioral strategies matched to the motivational bases of alcohol misuse in at-risk youth", în *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 35, pp. 550-563.

Conrod, P.J., Stewart, S.H., Phil, R.O., Cote, S., Fontaine, V., Dongier, M., (2000), „Efficacy of brief coping skills interventions that match different personality profiles of female substance abusers", în *Psychology of Addictive Behaviors*, 14, pp. 231-242.

Cuber, J.F., Haroff, P. (1965), *The significant Americans: A study of sexual behavior among the affluent*, Appleton-Century-Crofts, New York.

Cusson, M. (1997), „Devianța", în *Tratat de sociologie*, Boudon, R. (ed.), Editura Humanitas, București, pp. 439- 477.

David, J., Richardson, A., (2008), „Economic Inequality and Homicide from 1975 to 1995: A Cross-National Fixed-Effects Test", în *Homicide Studies*, Sage Publications, februarie, pp. 28-45.

Dawkins, M.P. (1997), „Drug use and violent crime among adolescents", în *Adolescence*, 32, pp. 395-405.

Diez, J.P., Peirats, E.B. (1997), „Analysis of socialization parenting styles related to adolescent alcohol abuse", în *Psicothema*, 9(3), pp. 609-617.

Dishion, T. J., McCord, J., Poulin, F., (1999), „When interventions harm: Peer groups and problem behavior", în *American Psychologist*, 54 (9), pp. 755-764.

Dobzhansky, Th. (1999), *Heredity and the Nature of Man*, The New American Library, New York.

Dragomirescu, V. (1976), *Psihologia comportamentului deviant*, Editura Stiințifică și Enciclopedică, București.

Drăgan, J. (1994), *Aproape totul despre droguri*, Editura Militară, București.

Drăgan, J. (2000), *Dicționar de droguri*, Editura Național, București.

Drugescu, N. (2001), Medicină legală, Editura Printech, București.

Drug Enforcement Agency (2003). Ecstasy: Rolling Across Europe, www.crimecommission.gov.au/.../2003.../iddr_0304_phenethylamines.pdf).

DSM IV, (2003), *Manual de diagnostic și statistică a tulburărilor mentale*, American Psychiatric Association, ediția a patra revizuită, Asociația psihiatrilor liberi din România, București.

Dunlap, E., Johnson, B. (1992), „The Setting for the Crack Era: Macro Forces, Micro Consequences, 1960-1992", în *Journal of Psychoactive Drugs*, 24(4), pp. 307-321.

ElSohly, A.M., (ed.) (2007), *Marijuana and cannabinoids*, Humana Press.

EMCDDA, (2008), Situația drogurilor în Europa, www.emcdda.europa.eu/ ...cfm/att_64227_RO_EMCDDA_AR08_ro.pdf.

EMCDDA, (2009), Situația drogurilor în Europa, http://www.emcdda.europa.eu/ publications/annual-report/2009.

EMCDDA, (2012), Situația drogurilor în Europa www.emcdda.europa.eu/.../ att_190854_RO_TDAC12001ROC_.pdf.

EMCDDA (2012), Rezumat Raportul ESPAD pe 2011 – Consumul de substanțe în rândul elevilor din 36 de țări europene, Luxemburg, Oficiul pentru Publicații al Uniunii Europene, 2012.

EMCDDA, (2014). Raportul european privind drogurile. Tendințe și evoluții. www.emcdda.europa.eu/...cfm/att_228272_RO_TDAT14001RON.pdf.

Enăchescu, C., (2003), *Fenomenologia nebuniei*, Editura Paideia, București.

Farrington, D., West, D. (1988), „Cambridge Study in Delinquent Development [Great Britain], 1961-1981", Inter-university Consortium for Political and Social Research (ICPSR), Cambridge Institute of Criminology, http://www.library.carleton.ca/ ssdata/surveys/doc/pdf_files/csdd-uk-61-81-cbk. pdf.

Feree, M.M., Hall, E. (1996), „Gender, Race and Class in Mainstream Textbooks", în *American Sociological Review*, 61(6), pp. 929-950.

Ferreol, G. coord. (2000), *Adolescenții și toxicomania*, Editura Polirom, Iași.

Finer, L.B., Henshaw, S.K. (2006), „Disparities in rates of unintended pregnancy in the United States, 1994 and 2001", în *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 38(2), pp. 90-96.

Fishbein, M., Ajzen, I. (1975), *Belief, Attitude, Intention, and Behavior: An Introduction to Theory and Research, Reading*, MA: Addison-Wesley.

Flay, B., Petraitis, J. (1994), „The Theory of Triadic Influence: A New Theory of Health Behavior with Implications for Preventive Interventions" pp. 19-44, în *Advances in Medical Sociology*, Vol. 4: A Reconsideration of Health Behavior Change Models, (ed.) Albrecht, G., Greenwich, CT: JAI Press.

Foxcroft, D.R., Ireland, D., Lister-Sharp, D.J., Lowe, G.,Breen, R. (2003), „Longer-term primary prevention for alcohol misuse in young people: A systematic review", în *Addiction*, 98(4), pp. 397-411.

Freud. S.(1980), Introducere în psihanaliză- Prelegeri de psihanaliză, patologia vieții cotidiene, Editura Didactică și pedagogică, București.

Goffman, E. (1961), *Asylums*, Doubleday and Company, New York.

Gans, H., (1974), *Popular Culture and High Culture*, Basic Books, New York.

Georgescu, D., Moldovan, A.M., Cicu, G. (2007), *Despre droguri*, Editura Concordia, Arad.

Giddens, A. (2009). Sociology, ediția a VI-a, Cambridge: Polity Press.

Glantz, M., Pickens, R. (1992), *Vulnerability to drug abuse*, American Psyhological Association, Washington DC.

Glueck, Sh.,Glueck, E. (2006), „Unraveling Juvenile Delinquency", în Junger-Tas, J., Decker, H.S., (edit.), *International Handbook of Juvenile Justice*. Springer.

Gorman, D.M. (1996), „Etiological Theories and the Primary Prevention of Drug Use", în *Journal of Drug*, 26(2), pp. 505-520.

Goleman, D.(2001), *Inteligența emoțională*, Editura Curtea veche, București .

Goode, E. (1999), *Theories of drug use. In Drugs in American society*, ediția a V-a, McGraw-Hill, Inc., New York.

Goode. E. (1993), *Drugs in American Society*, ediția a IV-a, McGraw-Hill, New York.

Gouzoulis-Mayfrank, E., Fischermann, Th., Rezkb, M., Thimmb, B., Gernot Hensen, Daumanna, J.(2005), „Memory performance in polyvalent MDMA(extasy) users", în *Drug and Alcohol Dependence*, 78, pp. 317-323.

Granfield, R., Cloud, W. (1996), „The Elephant that No One Sees: Natural Recovery Among Middleclass Addicts", în *Journal of Drug*, 26, pp. 45-61.

Green, Ar., Mechan, A.O., Elliot, J.M., O' Shea, E., Colado, M. (2003), „Link between genetics, depression and MDMA", în *Pharmacol*, 55(3), pp. 463-508.

Griffith, E. (2006), *Drogurile – o tentație ucigașă*, traducere de Octav Ciucă, Editura Paralela 45.

Guyette, S. (1982), „Selected Characteristics of American Indian Substance Abusers", în *The International Journal of Addictions*, 17, pp. 1001-1014.

Hartelius, J.(1991), *Narcotic drugs – laws, facts, arguments in Encyclopedia for drugs, alcohol and addictive Behavior*, (2001), ediția a II-a, Vol. 3, Carson De Witt, R. (edit.), Gale Group, New York.

Harvard Health Publications, Addiction and the problem of relapse, (2007). http://healthyliving.msn.com/health-wellness/addiction-and-the-problem-of-relapse-1).

Harvey, W.B. (1985), „Alcohol Abuse and the Black Community: A Contemporary Analysis", în *Journal of Drug*, 15, pp. 81-91.

Hawkins, J.D., Weis, J.G. (1985), „The Social Development Model: An Integrated Approach to Delinquency Prevention" în *Journal of Primary Prevention*, 6, pp. 73-97.

Hawkins, J.D., Catalano R.F., Miller, J.Y. (1992), „Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: implications for substance abuse prevention", în *Psychological Bulletin*, 112(1), pp. 64-105.

Henderson, D., Boyd, C. (1992), „Masculinity, Femininity, and Addiction", în Mieczkowski, T. (ed.), *Drugs, Crime and Social Policy*, Allyn and Bacon, Boston, pp. 153-166.

Henslin, J.M. (1990), *Social Problems*, ediția a II-a, Prentice Hall, Englewood Clifs, New Jersy.

Hewitt, J.P. (1991), *Self and Society*, ediția a V-a, Allyn and Bacon, Boston.

Himmelstein. J.L. (1978), „Drug politics theory: Analysis and critique", în *Journal of Drug*, 8, pp. 37-52.

Himmelstein, J. L. (1983), „From Killer Weed to Drop-out Drug: The Changing Ideology of Marijuana", în *Contemporary Crises*, 7, pp. 13-38.

Himmelstein, Jerome L. (1983), *The strange career of marihuana: politics and ideology of drug control in America*, Greenwood Publishing Group, Incorporated .

Hurd, Y.L., Horvath, M.C., Kovacs, G.G., Kovari, V., Majtenyi, K., Keller, E. (2007), „Heroin abuse is characterized by discrete mesolimbic dopamine and opioid abnormalities and exaggerated nuclear receptor-related 1 transcriptional decline with age", în *Journal Neuroscience*, 5, pp. 27-49.

Indian Hemp Drugs Commission Report, (1894). http://www.druglibrary.eu/library/reports/indianhemp.pdf) .

Ingram, B.L., Flannery, D., Elkavich, A., Rotheram-Borus, M.J. (2008), „Common processes in evidence-based adolescent HIV prevention programs", în *AIDS Behavior*, 12, pp. 374-383.

Ionescu, I. Lupu, A. (2007), *Sociologia sănătății studenților*, Editura Universității „Al.I. Cuza", Iași.

Irimescu, G. (2005), „Violența în familie și metodologia intervenției", în Neamțu, G., Stan, D., *Asistența Socială, Studii și aplicații*, Editura Polirom, Iași.

Ivanov, I., Schulz, K.P., Palmero, R., Newcorn, J.H. (2006), „Concepts of chemical depency", cap. 3., pp.17-28, în Harold E. Doweiko, (edit.), *Books/Cole Cengage Learning*, USA.

Jacobs P, Brunton M, Melville M, Brittain R, McClemont W. (1965), Aggressive behavior, mental sub-normality and the XYY male. Nature. 208, pp. 1351-1352. doi: 10.1038/2081351a0

Jeffery, C.R., Jeffery, A.I., (1969), „Delinquents and Dropouts: An Experimental Programn", în *Behavior Change Education and Urban Society*, Mai.

Jessor, R., , Donovan, J., E., Costa, F. (1991), *Beyond Adolescence: Problem Behavior and Young Adult Development*, Cambridge University Press, New York.

Jessor, R. (1993), „Successful adolescent development among youth in high risk settings" în *American Psychologist*, 48, pp. 117-126.

Jessor, R., Jessor, S. L. (1977), *Problem behavior and psychological development: A longitudinal study of youth, Academic Press*, New York.

Jessor, R., Jessor, S.L. (1980), „A Social- psychological framework for studying drug use", în Lettieri, D.J., Sayers, M. y Pearson, H.W. (eds.), *Theories on drug abuse. Selected contemporary perspectives*, Rockville, MD: NIDA.

Julian, J., Kornblum, W. (1983), *Social Problems*. 4 ed. Englewood Cliffs: Prentice Hall.

Junger-Tas, J. (1992), „An empirical test of social control theory", în *Journal of quantitative criminology*, vol. 8, nr. 1, martie.

Kandel, D.B, Davies, M. (1992), „Progression to regular marijuana involvement: phenomenology and risk factors for near-daily use", în Glantz M., Pickens, R.,(edit), *Vulnerability to abuse*, pp. 211-253, American Psychological Association, Washington, DC.

Kandel, Denise B. (1980), „Developmental stages in adolescent drug involvement", în Lettieri, D.J., Sayers, M., Pearson, H.W. (eds.), *Theories on Drug Abuse: Selected Contemporary Perspectives*. NIDA Research Monograph 30. Rockville, M.D: National Institute on Drug Abuse, pp. 120-128.

Kaplan & Sadock's. (2001), *Manual de buzunar de Psihiatrie clinică*, Editura Medicală, București.

Kaplan & Sadock's, *Comprehensive textbook of psychiatry*, ediția a VII-a, CD-Rom – Childhood or adolescent Antisocial Behavior.

Kaplan, H.B. (1996), „Empirical Validation of the Applicability of an Integrative Theory of Deviant Behavior to the Study of Drug Use", în *Journal of Drug*, 26(2): 345-378.

Kaplan, H.B., Johnson, R.L. (1992), „Relationships Between Circumstances Surrounding Initial Illicit Drug Use and Escalation of Drug Use: Moderating Effects of Gender and Early Adolescent Experiences", în Glantz, M., Pickens, R.(eds.), *Vulnerability to Drug Abuse*, American Psychological Association, Washington, DC.

Kaplan. H. B. (1975), „Sequelae of Self-derogation: Predicting from a General Theory of Deviant Behavior", în *Youth and Society*, 7, pp. 171-197.

Kim, S., Crutchfield, C., Williams, C., and Hepler, N., (1998), „Toward a new paradigm in substance abuse and other problem behavior prevention for youth: youth development and empowerment approach", în *Journal of Drug Education*, 28(1), pp. 1-17.

Labouvie, E. (1996), „Maturing out of substance use: Selection and self-correction", în *Journal of Drug*, 26, pp. 457-476.

Larmat, J.(1977), Genetica Inteligenței, Editura Științifică și Enciclopedică, București.

Leavey, J. (1998), *A History of Tobacco*, http://www.forces.org/writers/james/files/history.htm.

Leigh, B. (1999), „Peril, chance, adventure: Concepts of risk, alcohol use and risky behavior in young adults", în *Addiction*, 94(3), pp. 371-383.

Legea nr. 143/2000, privind combaterea traficului și consumului ilicit de droguri, publicată în M. Of. partea I nr. 362 din 03.08.2000.

Legea nr. 300/2002 publicată în M. Of. nr. 409/13 iunie 2002.

Legea 505/2004 publicată în M. Of. nr. 1133/1 decembrie 2004.

Lombroso, C. (1992), *Omul delincvent*, traducere în limba română, Editura Măiastra, București.

Maines, D.R. (1994), „In Search of Mesostructure: Studies in the Negotiated Order" pp. 277-286 în Herman, N., Reynolds, L.T.(eds.), *Symbolic Interaction*, General Hall Press, Dix Hills, NY.

Malow, R.M., Kershaw, T., Sipsma, H., Rosenberg, R., Devieux, J.G. (2007), „HIV preventive interventions for adolescents: A look back and ahead", în *Current HIV/AIDS Report*, 4, pp. 173-180.

Mangrulkar, L., Whitman, C. V., Posner, M. (2001), Life Skills Approach to Child and Adolescent, Healthy Human Development www.paho.org/English /HPP/HPF/ADOL/Lifeskills.pdf.

Mannheim, H. (2001), *Comparative criminology: a text Book*, partea a II-a, The International Library of Sociology, Routlege, Londra.

Marlowe, D.B., Patapis, N.S., DeMatteo, D.S. (2003), „Amenability to treatment of drug offenders", în *Federal Probation*, 67, pp. 40-46.

Maximilian, C., (1988), *Selecția naturală și polimorfism*, Editura Academiei RSR, București.

Mănoiu, F., Epureanu, V. (1996), *Asistența socială în România*, Editura All, București.

McNeely, C.A, Nonnemaker, J.M., Blum, R.W.(2002), „Promoting Student Connectedness to School: Evidence from the National Longitudinal Study of Adolescent Health", în *Journal of School Health*, 72(4), pp. 138-146.

Mendes de Leon, C.F., Markides, K.S. (1986), „Alcohol Consumption and Physical Symptoms in a Mexican American Population", în *Drug and Alcohol Dependence*, 16, pp. 369-379.

Merton, R.K. (1938), „Social Structure and Anomie", în *American Sociological Review*, 3, pp. 672-683.

Miftode, V.(2004), „Protecția minorităților și devianța socială", în Miftode, V., (coord.), *Sociologia populațiilor vulnerabile, teorie și metodă*, Editura Universității „Al. I. Cuza", Iași.

Mionel, V. (2011), „Prospecții teoretice asupra efectelor negative ale procesului de segregare urbană", în *Revista Transilvană de Științe Administrative*, 1 (28), pp. 100-120.

Mitchell, M.L., Jolley, J. M. (1992), *Instructor's manual to accompany research design: Explained* (2nd ed.). Fort Worth, TX: Holt, Rinehart and Winston.

Mitrofan, N., Zdrenghea, V., Butoi, T. (1992), *Psihologie judiciară*, Casa de Editură și Presă „Șansa" S.R.L., București.

Mustered, S., Ostendorf, W., (1998), *Urban Segregation and the Welfare State: Inequality and Exclusion in Western Cities*, Routledge, Londra.

National Commission on Marihuana and Drug Abuse, History of Tobacco Regulation, Jane Lang McGrew, http://www.druglibrary.org/schaffer/library/studies/nc/nc2b.htm).

National Institute on Drug Abuse (NIDA), (2002), Drug Enforcement Agency (DEA) - www.drugfreeamerica.org/Drug_Resource.

Neamțu, G. (2005). „Probleme de asistență socială în toxicomanie" în Neamțu, G., Stan, D., (coord), *Asistența socială. Studii și aplicații*, Editura Polirom, Iași, pp. 375-43.

Neamțu, C. (2003), *Devianța Școlară. Ghid de intervenție în cazul problemelor de comportament ale elevilor*, Editura Polirom, Iași.

Neamțu, G., Cîmpean I., Ungureanu C. (1998), *Intervenție și prevenție în delincvență*, Editura Fundației Chemarea, Iași.

Newcomb, M.D. (1996), „Pseudomaturity among adolescents: Construct validations, sex differences and associations in adulthood", în *Journal of Drug Issues*, 26: 477-504.

OEDT, (2009), Cercetarea națională privind drogurile în Europa, http://www.emcdda.europa.eu/activities/research.

Oetting, E. R., Edwards, R. W., Beauvais, F. (1989), „Drugs and Native-American youth", în *Drugs and Society*, 3, pp. 5-38.

Ogien, A. (2002), *Sociologia devianței*, Editura Polirom, Iași.

Olaio, A. (2001), „Theoretical Models and drug use prevention", în Mendes, F., Relvas, A., P., Olaio, A., Rovira, M., Broyer, G., Pietralunga, S., Borhn, K., Recio, J. L. (ed.), *Family: the challenge of prevention of drug use*, IREFREA, Palma de Mallorca.

OMS, (1964), Expert Committee on Addiction-Producing Drugs. Thirteenth report of the WHO expert Committee. Geneva,World Health Organization, (WHO Technical Report Series, nr. 273).

OMS, (1978), World Health Organization: mental Disorders: Glossary and guide to their classification in accordance with the ninth revision of the International Classification of Diseases, Geneva, WHO.

OMS, (1980), Technical Report Series, Nr.650, Problems related to alcohol consumption. Report of a WHO Expert Committee, Geneva, WHO, http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en/

OMS, (1992), International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th revision (ICD-10), Geneva, WHO.

OMS, (1993), WHO Expert Committee on Drug Dependence. Twenty-eight Report. WHO Technical Report Series 836. Geneva: World Health Organization, http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_836.pdf. .

OMS, (2002), The world health report 2002, Reducing Risks, Promoting Healthy Lifehttp://www.who.int/whr/2002/en/whr02_en.pdf..

OMS, (2004), Department of Mental Health and Substance Abuse, Global Status Report on Alcohol 2004, Geneva, WHO.

OMS, The History of Tobacco, http://www.who.int/tobacco/en/atlas2.pdf.

OMS, (2014). World Health Statistics, http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/EN_WHS2014_TOC.pdf?ua=1.

Pacione, M. (2009), *Urban Geography: A Global Perspective*, ediția a 3-a, Routledge, Londra.

Pandina, R.J. (1986), „Methods, problems, and trends in studies of adolescent drinking practices", în *Annals of Behavioral Medicine*, 8, pp. 20-26.

Parsons, T. (1951), *The social System*, Routledge and Paul Kegan, Londra.

Peele, S. (1985), *The meaning of addiction: Compulsive experience and its interpretation*, Lexington Books Lexington, MA.

Peele, S. (1980), „Addiction to an experience: a socialpsychological-pharmacological-theory of addiction", în Lettieri, D.J., Sayers, M. Pearson, H.W. (eds.), *Theories on Drug Abuse: Selected Contemporary Perspectives*. NIDA Research Monograph 30. Rockville, M.D: National Institute on Drug Abuse, pp. 142-147, pp. 327-413.

Peluso, E., Peluso, L.S. (1988), *Women and Drugs: Getting Hooked and Getting Clean*, Compcare Publishers, Minneapolis MN.

Perez, C., Trujols, J., Ribalta, E., Casas, M. (1997), „Cocaine use immediately prior to entry in an inpatient heroin detoxification unit as a predictor of discharges against medical advice", în *American Journal of Drug Alcohol Abuse*, 23, pp. 267-279.

Peterson, S., Peto, V., Rayner, M., Leal, J., Luengo-Gernandez, R., and Gray, A. (2005). European cardiovascular disease statistics (2005 edition). British Heart Foundation Health Promotion Research Group and Health Economics Research Centre, Department of Public Health, University of Oxford. http://www.heartstats.org/topic.asp?id=4540.

Petraitis, J., Flay, B.R., Miller, T.Q. (1995), „Reviewing Theories of Adolescent Substance Use: Organizing Pieces in the Puzzle", în *Psychological Bulletin*, 117(1), pp. 67-86.

Prochaska, J., DiClemente, C. (1992), „Stages of change in the modification of problem behaviors", în *Progress in Behavior Modification*, 28, pp. 184-218.

Prochaska, J. and DiClemente, C. (1983), „Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change", în *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, pp. 390-395.

Rădulescu, S., Banciu, D. (1990), *Introducere în sociologia delincvenței juvenile*, Editura Medicală, București.

Rădulescu, S.M. (1994), *Homo sociologicus*, Editura Casa de editură și presă Șansa S.R.L., București.

Rădulescu, S., Banciu, D. (1996), *Sociologia crimei și criminalității*, Editura Șansa, București.

Rădulescu S.M. (1998), *Sociologia devianței*, Editura Victor, București.

Rădulescu, S.M., Dâmboeanu, C. (2006), *Sociologia consumului și abuzului de droguri*, Editura Lumina Lex București.

Regoly, R.M., Hewitt, J.D., Delisi, M. (2010), *Delinquency in society*, ediția a VIII-a, Jones and Bartlett Publishers LLC.

Rehm, J., Baliunas, D., Borges, G.L., Graham, (2010), The relation between different dimensions of alcohol consumption and burden of disease - an overview. Adiction. May 105 (5): 817-843 http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/eutils/elink.fcgi?dbfrom=pubmed&retmode=ref&cmd=prlinks&id=20331573

Reuter, P. (2009), „Ten years after the United Nations General Assembly Special Session (UNGASS): assessing drug problems, policies and reform proposals", în *Addiction*, Vol. 104, Issue 4, pp. 510-517.

Roibu, I., Mircea, Al. (1997), *Flagelul drogurilor*, Editura Mirton, Timișoara.

Rosati, M. (2003), UNICEF Regional Consultations on Young People and Drugs: Summary Document for Presentation to The International Conference on the Reduction of Drug Related Harm, Chiang Mai, Thailand (Bangkok, Thailand, UNICEF) .

Rostand, J. (1996), *L'homme - Introduction À L'étude De La Biologie Humaine*, Galimard, Paris.

Roșca, A. (1932), *Delincventul minor. Studiu psihofiziologic și social*, Prefață de Florian Ștefănescu-Goangă, Editura Institutului de Psihologie din Cluj, Cluj-Napoca.

Schuerkens, U. (2009), „Conflict, competition, cooperation in The Sociology of development and Social Transformations", în Denis, A., Kalekin-Fishman, D. eds. (2009), *The ISA Handbook in Contemporary Sociology*, Sages, Londra, pp. 114-116.

Schwartz, R. (2008), „Attitudes toward buprenorphine and methadone among opioid-dependent individuals", îm *The American Journal of Addiction*, 17, pp. 396-408.

Shane, D. A., Degenhardt, L., Mattick, R. (2007), *Mortality amongst illicit drug user. Epidemy, causes and intervention*, Cambridge University Press.

Shane, D.A. (1999), „Resiliency: A vision of hope", în *Developments*, 18(7) (http://corp.aadac. com/programsservices/developments/vol18_issue7.

Shaw, C. R., McKay, Henry D. (1942), *Juvenile Delinquency in Urban Areas*, University of Chicago Press, Chicago.

Siegel, J.L., Welsh, C.B. (2009), *Juvenile delinquency, theory, practice and law*, tenth edition, Cengage Learning.

Social Issues Research Centre (2002), Social and Cultural Aspects of Drinking, of Oxford, U.K., http://www.sirc.org/publik/drinking3.html.

Spooner, C., Hall, W., Lynskey, M. (2001), „Structural Determinants of Youth Drug Use", în *National Drug and Alcohol Research Centre*, Australia: Canberra, http://addictionstudies.dec.uwi.edu/Documents/generic%20drug%20information/Stuctural_Determinants_of_Drug_Use.pdf.

Stancu, E. (2002), *Tratat de criminalistică*, Editura Universul juridic, București.

Stroescu, V. (1999), *Farmacologie*, Editura All, București.

Suceavă, I. coord. (1995), *Îndrumar privind controlul vamal antidrog*, Direcția Generală a Vămilor, Ministerul Finanțelor.

Sussman, A.S. (2008), *Drug Abuse. Conception. Prevention. Cesation*, Cambridge University Press.

Sussman, S., C. Dent. L. McAdams, A. Stacy, D. Burton, Flay, B., (1994), „Group Self-Identification and Adolescent Cigarette Smoking: A 1-Year Prospective Study", în *Journal of Abnormal Psychology*, 103(3), pp. 576-580.

Swadi, H., (2000), „Substance abuse in adolescents", în *Advances in Psychiatric Treatment*, 6, pp. 201-210.

Swick, K.J., Williams, R.D.(2006), An Analysis of Bronfenbrenner's Bio-Ecological Perspective for Early Childhood Educators: Implications for Working with Families Experiencing Stress, Early Childhood Education Journal, Vol. 33, nr. 5, April.

Thornberry, T. P. (1996), „Empirical support for interactional theory: A review of the literature", în Hawkins D.J. (ed.), *Delinquency and Crime: Current Theories*, Cambridge University Press, New York, pp. 198-235.

Țurlea St. (1991), *Bomba drogurilor*, Editura Humanitas, București.

UNICEF, Ministerul de Justiție din România (2004), Practici și norme privind sistemul de justiție juvenilă din România. http://www.unicef.org/romania/ro/justitie_juvenila_romana.pdf.

UNGASS, (1998), Progress in opium and coca control but goals remain elusive. Demand reduction rises higher on global agenda. http://www.unodc.org/documents/wdr/WDR_2008/ungass_E_PRINT.pdf

Vaillant, George E. (1995), *The Natural History of Alcoholism Revisited*, Harvard University Press, Cambridge, Massachusetts.

Vaillant, George E., Susanne Hiller-Sturmhofel (1996), „The natural history of alcoholism", în *Alcohol Health & Research World*, 20 (3), pp. 152-161.

Van Den Bergh, N., (1991), *Feminist Perspectives et Addictions*, Springer, New York.

Waldorf, D., Reinarman, C., Murphy, S. (1991), *Cocaine Changes: The Experience of Using and Quitting*, Temple University Press, Philadelphia.

Waldron, H. B., Slesnick, N. (1998), „Treating the family", în Miller, W.R., Heather, N. (ed.), *Treating addictive behaviors*, ediția a II-a, Plenum Press, New York, pp. 271-283.

Waterston. A. (1993), *The Street Addict in the Political Economy*, Temple University Press, Philadelphia. PA.

Werch, C., DiClemente, C. (1994), „A multi-component stage model for matching drug prevention strategies and messages to youth stage of use", în *Health Education Research*, pp. 937-946.

West, R. (2006), *The Theory of Addiction*, Blackwell Publishing Addiction Press,Oxford.

Willis, P., (1976), „The Cultural Meaning of Drug Use", în (ed.) Hall, S., Jefferson, T., Hutchison, *Resistance Through Rituals: Youth Subcultures in Post-War Britain*, Londra, pp. 106-118.

Windle, M., Davies, P. T. (1999). „Developmental Theory and Research", în (ed.) The Guilford Press, *Psychological theories of drinking and alcoholism*, ediția a II-a, Keneth, L. E., Blane, H. T., New York, pp. 164-203.

Windle, M., Davies, P. T. (1999), *Psychological theories of drinking and alcoholism*, ediția a II-a (edt) Keneth, Leonard E., Blane, Howard T., The Guilford Press, pp. 181-193.

Windle, M., Spear, L., Fuligni, A., Angold, A., Brown, J., Pine, D. (2008), „Transitions into underage and problem drinking: Developmental processes and mechanisms between 10 and 15 years of age", în *Pediatrics*, 121 (Suppl 4): S273-S289.

Winters, K. (1999), „Treatment of Adolescents with Substance Use Disorders. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 32" http://www.tresearch.org/resources/specials/2005Jan_AdolescentTx.pdf.

Wurzman, I., Rounsaville, B., Kleber, P. (1982), „Cultural Values of Puerto Rican Opiate Drug Addicts: An Exploratory Study", în *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 9, pp. 141-153.

Young, J. (1999), *The Exclusive Society: Social Exclusion, Crime and Difference in Late Modernity*, Sage, Londra.

Zamfir, C., Vlăsceanu, L. (1998), *Dicționar de sociologie*, Editura Babel, București.

BCUIAȘI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

BCUIASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Indice

A

Abraham, P., 15, 36, 64, 68, 119
abstinență, 21, 23, 26, 67, 71, 82, 118, 122, 132, 143, 210,
abuz, 13, 14, 16, 19, 20, 21, 22, 24, 25, 27, 31, 33, 41, 42, 44, 49, 52, 67, 68, 70, 73, 78, 81, 82, 83, 84, 86, 96, 106, 109, 111, 113, 118, 137, 138, 210
adolescenți, 36, 47, 48, 58, 63, 65, 68, 69, 71, 73, 75, 77, 78, 79, 80, 82, 83, 100, 104, 106, 109, 111, 113, 114, 115, 119, 120, 121, 122, 126, 142, 161, 165, 171, 196, 198, 199, 200, 202, 209, 210
Agenția Națională Antidrog, 53, 133, 139, 150, 166, 167, 207
Ajzen, J., 65, 68
alcool , 9, 10, 11, 12, 14, 15, 17, 19, 22, 24, 25, 26, 27, 28, 30, 34, 35, 36, 38, 40, 41, 42, 43, 44,46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 56, 58, 60, 67, 69, 81, 86, 87, 97, 103, 109, 110, 111, 112, 133, 134, 137, 138, 141, 147, 150, 156, 161, 162, 163, 166, 167, 170, 172, 173, 174, 178, 179, 180, 181, 183, 184, 188, 189, 190, 193, 195, 196, 197, 199, 200, 206, 207, 208
Aldinger, C., 127, 129
amfetamine, 12, 17, 18, 19, 21, 22, 24, 32, 36, 37, 38, 39, 133, 136, 139, 140, 141, 175, 176, 183, 204
Amza, T., 91
Anderson, P., 15, 43, 49, 50, 51, 66, 82, 83, 85, 87
anturaj, 70, 76, 81, 87, 161, 163, 164, 172, 173, 180, 181, 182, 193, 206
asistență socială, 101, 122, 130, 150, 151, 153, 154, 155, 156, 157, 163, 166, 167

B

Babor, T.F., 26
Bailey, W., 108
Banciu, D., 57, 61, 62, 89
Bandura, A., 62, 64, 65, 67, 74, 80, 142
Baumberg, B., 51
Baumrind, D., 83, 85
Bărbulescu, M., 13
Becona, E., 64, 66, 68, 75, 81
Beirne, P., 92
Bell, R.R., 40
Bercheşan, V., 18
Bernard, B., 114
binge drinking, 26, 44
Blume, W.A., 67
Bohman, M., 27
Bonner, D.M., 91
Boudon, R., 12
Bourdieu, P., 82, 84, 86
Boyer, T., 110
Brittain, R., 90
Bronfenbrenner, U., 65, 79
Brunton, M., 90
Budney, A.H., 35
Butoi, T., 57, 94
Byrnes, J., 110

C

Caine, W., 12
cannabis, 10, 11, 12, 13, 14, 17, 18, 19, 21, 22, 29, 33, 34, 35, 36, 37, 122, 134, 135, 136, 137, 141, 204
Carroll, K: M:, 31
Casas, M., 66
Catalano, R.F., 65, 75, 76, 112, 116, 117, 118
Chazal, J., 106, 107
Cicu, G., 66
Cîmpean, I., 63
Cloninger, C.R., 26
cocaina, 12, 13, 14, 17, 18, 19, 21, 22, 24, 29, 30, 31, 33, 36, 39, 69, 132, 133, 136, 140, 141, 175, 176, 183, 204

BCU CLUJ CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Conrod, P., 112
consum, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 55, 56, 58, 60, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 85, 86, 87, 89, 97, 102, 103, 104, 109, 110, 111, 112, 113, 120, 133-135, 139, 141, 143, 145, 147, 161, 162, 164, 167, 171, 173, 176, 178, 180, 182, 184, 186, 188, 194, 196, 198, 200, 203, 205, 206, 208, 210
control social, 56, 61, 77, 123
Coser, A.L., 61
Costa, M.F., 66, 78
Cuber, J.F., 96
Cusson, M., 55, 56, 57

D

Dahrendorf, R., 61
Danovan, J.E., 78
David, J., 104, 108
Davies, T.P., 69, 73
Dawkins, M.P., 35
Dâmboeanu, C., 17, 38, 39, 40, 41, 42
Decker, H.S., 98
Degenhardt, L., 142
delincvența, 55, 57, 58, 63, 75, 77, 78, 89, 90, 91, 94, 98, 101, 102, 103, 104, 106, 108, 109, 118
Delisi, M., 93
dependența, 10, 13, 14, 18, 19, 20, 21,22,23,24, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 33, 35, 38, 40, 42, 44,45, 46, 48, 49, 50, 56, 66, 67, 74, 78, 79, 81, 82, 105, 107, 118, 119, 124, 135, 142, 164, 195, 200,201
devianța, 41, 55,56, 57, 58, 59, 61, 62, 63, 79, 89, 106, 107, 108
DiClemente, C., 65, 71, 121
Diez, J.P., 80
Dioscoride, Penadius, 10
Dobzhansky, Th., 93
Dragomirescu, V.T., 55, 97, 100
Drăgan, J., 13, 18, 19, 21, 22, 30, 33
drog, 8-21, 23, 24, 27, 29-40, 45, 47, 49, 53, 56, 58, 60, 62, 64, 65, 67-83, 85, 86, 87, 103, 104, 109, 110, 111, 112, 115, 116, 118, 119, 120, 121, 122, 124-141, 147, 148, 152, 153, 154, 156, 158, 161, 162, 165, 170, 177, 181, 186, 189, 193, 195, 197, 200, 201, 203, 207, 210
Drugescu, N., 13, 20, 31, 32, 33
Durkheim, E., 63, 64

E

ecstasy,18, 29, 32, 33, 36, 37, 38, 133, 134, 136, 138, 139, 183, 204,
Enăchescu, C., 60
Epureanu, V., 40
ESPAD, 35, 37, 38, 49, 133, 134, 135, 136

F

factori de protecție, 78, 114, 116, 117, 123, 124
factori de risc, 27, 43,78, 81, 109, 112, 114,116,117, 118
Farrington, D., 104
Finer, L.B., 111
Fishbein, M., 65, 68
Flay, B., 65, 80
Foxcroft, D.R., 112
Freud, S., 12, 60

G

Gantz, H., 65
Georgescu, D., 66
Giddens, A., 55, 59, 104
Glantz, M., 73
Goleman, D., 64, 65, 69, 74
Golton, F., 90
Goode, E., 10, 14, 15, 16, 42, 45, 87
Goring, C., 90
Gouzoulis-Mayfrank, E., 32
Green, Ar., 32
Grigorescu, I., 13

H

Hall, W., 85, 109, 113, 114, 116, 117, 118
Haroff, P., 96
Hartelius, J., 32, 34

BCU CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Hawkins, J.D., 65, 75, 76, 112, 113, 116, 117, 118, 124
Hemslin, J.M., 43
Henshaw, S.K., 111
Henslin, J.M., 9, 14
heroina, 14, 16, 18, 19, 21, 22, 24, 31, 32, 33, 36, 69, 133, 136, 137, 142, 175, 176, 183, 204
Herres, S.E., 91
Hewitt, D., 93
Himmelstein, J.L., 10
Hipocrat, 10
Hughes, J.R., 35
Hurd, Y.L., 67
Hutchings, B., 91

I

inegalități, 52, 61, 63, 77, 86, 103, 107
Ingram, B.L., 112
intervenție, 24, 64, 71, 77, 112, 113, 115, 116, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 152, 161, 183, 186, 187, 188, 191, 194, 202, 207, 210
Ivanov, I., 67

J

Jacobs, P., 90
Jellinek, 26, 27
Jolley, J.M., 64
Julian, J., 16
Junger-Tas, J., 98

K

Kandel, D.B., 64, 69, 70
Kaplan, H.B., 65, 68
Kim, S., 65, 72
Koller, C., 12
Kornblum, W., 16
Kosten, T.R., 31

L

Labouvie, E., 65, 72
Lamb, L., 10
Lange, J., 90, 93
Larmat, J., 92
Leigh, B., 110
Lettieri, D., 70
Lombroso, C., 60, 90
Lynskey, M., 109, 113, 114, 116, 117, 118

M

Malow, R.M., 112
Mangrulkar, L., 127
Mannheim, H., 95
marijuana,10, 11, 17, 33, 34, 69, 70, 142, 175, 176, 183, 204
Marlowe, D.B., 67
Mattick, R., 142
Maximilian, C., 91, 93
Mănoiu, F., 40
McClemont, W., 90
McKoy, D., 102
McNeely, C.A., 113
mediul de consum, 176,177, 178, 196, 197, 204, 205
Mednick, S., 91
Melville, M., 90
Merton, R.K., 55, 61, 63, 65, 77, 86
Miftode, V., 58, 82
Miller, W., 105, 110, 112, 116, 117, 118
Mionel, V., 103
Mircea, Al., 21, 22, 23, 30, 31
Mitchell, M.L., 64
Mitrofan, N., 57, 89, 94, 97
model de consum, 35, 41, 43, 44, 55, 60, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 79, 80, 81, 94, 97, 105, 106, 108, 113, 114, 116, 117, 120, 122, 124, 126, 127, 128, 130, 132, 133, 142, 146, 152, 154, 161, 162, 168, 204
Moldovan, A.M., 66
Moore, B.A., 35
morfina, 12, 14, 16, 18, 19, 22, 31, 33, 46

N

Neamțu, G., 15, 58, 63
Newcomb, M.D., 65, 73
Newcorn, J.H., 67

O

Ogien, A., 62, 77

BCU CLUJ / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Olaio, A., 65, 75, 78
Organizația Mondială a Sănătății, 13, 15, 20, 21, 25, 26, 48, 113, 114

P

Palmero, R., 67
Pandina, R.J., 65, 68, 120, 124
Parsons, T., 57, 61
Pearson, K., 90
Peele, S., 65, 70
Peirats, E.B., 80
Perez, C., 33
Petraitis, J., 65, 80
Pinatel, J., 95
Pletea, C., 18
Porot, A., 17
Porot, M., 17
Posner, M., 127
prevalența, 35, 36, 37, 39, 48, 135, 136, 139, 146, 157, 161, 163, 174, 196, 203, 204
prevenție, 51, 78, 111, 112, 115, 142, 166, 170, 186, 187, 189, 190, 210
Prodan, E., 13

R

Rădulescu, S., 17, 38, 39, 40, 41, 42, 55, 56, 57, 61, 62, 84, 89
Regoli, M.R., 108
Regoly, R.M., 93
Rehm, J., 43
Reuter, P., 142
Rex, Jh., 61
Rhodes, J.E., 113
Richard, A.J., 62, 210
Richardson, A., 108
Roibu, I., 21, 22, 23, 30, 31
Roșca, A., 93, 95, 96
Rostand, J., 91
Rounsaville, B.J., 31, 86

S

Sayers, M., 70
sărăcie, 77, 85, 104, 107, 108
Schafer, D., 110
Schuerkens, U., 61
Schulz, K.P., 67
Schwartz, R., 142
sedative, 13, 17, 18, 19, 22, 32, 36, 38, 40, 41, 133, 138, 175, 176, 183, 204
Sellin, T., 55
sevraj, 21, 31, 32, 33, 34, 35, 42
Shane, D.A., 114, 142
Siegel, L.J., 105, 106
Sigvardson, S., 27
Slesnick, N., 69
Spooner, C., 109, 113, 114, 116, 117, 118
Stancu, E., 29
Stroescu, V., 20
Suceavă, I., 33
Sussman, A.S., 87, 142
Sutherland, E.H., 62
Swadi, H., 119, 120, 121, 124

Ș

școala, 24, 72, 74, 77, 78, 79, 84, 100, 101, 104, 105, 106, 109, 113, 114, 115, 118, 122, 123, 124, 125, 151, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 169, 173, 178, 180, 187, 188, 189, 190, 193, 194, 195, 197, 201, 207, 208, 209, 210
Șelaru, M., 30

T

tranchilizante , 17, 18, 22, 36, 38, 133, 138
tratament,12, 17, 19, 29, 40, 52, 69, 71, 82, 112, 118, 119-123, 125, 126, 130, 131, 132, 136, 137, 138, 141, 142, 143, 144, 147, 148, 149, 153, 157, 191
toleranța, 9, 12, 19, 20, 23, 24, 30, 31, 33, 42, 116, 123, 129,166, 173, 208
Trevino, A.R., 210
Turner, W., 11
tutun, 9, 10, 12-15, 17, 34, 36, 38, 45, 46, 47, 49, 51, 53, 69, 110, 111, 112, 147, 150, 155, 156, 161, 162, 163, 170, 173, 174, 178, 179, 184, 189, 193, 206, 208

BCU IAȘI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Ț

Țurlea, St., 38

U

Ungureanu, C., 63

V

Vaillant, G.E., 67
Valiér, C., 91
Vandrey, R., 35
Vincent, J., 102
Vlăsceanu, L., 14, 55, 64, 84

W

Waldorf, D., 85, 87
Waldron, H.B., 69
Wallenstein Pearson, M., 70
Welsh, B.C., 105, 106
Werch, C., 65, 71
West, D., 104, 141, 142
Whitman, C.V., 127, 129
Windle, M., 73, 111
Winters, K., 121, 126

Z

Zamfir, C., 14, 55, 64, 84
Zdrenghea, V., 57, 94

BCUIAȘI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

BCUIASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Summary

In all societies and throughout time, people have used drugs under various forms. Some societies have been very permissive toward drug use, while some others – especially contemporary societies – have condemned it and have attempted to fight against this phenomenon through various means. The public reaction to drugs and the religious beliefs are those that defined drugs as good or bad, during various periods in history. Hence, drugs have been accepted or rejected depending on the public reaction toward them and on the way they have been defined by society.

The 20th century recorded the proliferation of drug use in almost all areas of the world, but also the beginning of programs meant to fight against it. It is worth underscoring that, most of the times, campaigns against substance use have only managed to produce what Raymond Boudon called "pervert effects." In this sense, we believe it is significant to mention the prohibition period in the United States, when organised crime and alcohol production and traffic became some of the most profitable businesses.

Hence, whereas initially there were only a couple of factors favouring the emergence and development of drug use phenomenon in Romania, currently this phenomenon has dramatic long-term effects. Drug use and traffic are favoured by the dissolution of old social control structure and by the lack of a new, viable, and structured value system during the transition period. The Romanian society was surprised by this phenomenon. The lack of a concerted action of State institutions and civilian society, of an institutional framework, and of proper legislation proved to be the main causes that determined the magnitude of drug use, especially among young people.

Though this phenomenon is less developed in Romania compared to other European countries, drug use has increased in our country, too.

As the phenomenon is increasingly complex, and Europe and Romania have to make difficult choices in terms of funding priorities, the study of drug-related issues becomes critical for the initiation and implementation of anti-drug policies and of effective interventions.

This work approaches the drug use issue from a multidisciplinary perspective, by providing information on the evolution and magnitude of the phenomenon, on the consequences of drug use (on the legal and psychosocial level), as well as on prevention models and intervention measures.

The work is structured on five chapters, and the official data provided by specialised official institutions were used; subsequently, the author processed the data according to the specifics of the theme.

Keywords: *deviance, juvenile delinquency, drug use, drug abuse, adolescent.*

BCUIAȘI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

În seria *SOCIOLOGIE* au apărut (selectiv):

- *Adopţia copiilor în România*, Anca Bejenaru
- *Asistenţa socială în tranziţie*, Alain Vilbrod, Ion I. Ionescu
- *Biserica şi asistenţa socială din România*, Ion Petrică
- *Călătorie în marea burghezie*, Michel Pinçon, Monique Pinçon-Charlot
- *Cercetarea calitativă a socialului*, Mircea Agabrian
- *Demografie şi societate*, Philippe Barthélemy, Roland Granier, Martine Robert
- *Deschideri spre o istorie a sociologiei*, Dumitru Popovici
- *Epoca maselor*, Serge Moscovici
- *Era individului*, Alain Renaut
- *Guvernarea oraşului*, Thierry Oblet
- *Identitatea socioculturală a tinerilor*, Sabina-Adina Luca
- *Imaginarul colectiv al electoratului*, Adriana Ştefănel
- *Inerţie socială în spaţiul românesc. Deschideri pentru o analiză funcţională a comunităţilor*, Tudor Pitulac
- *Introducere în sociologia religiilor*, Max Weber
- *Istoria gândirii sociologice. Marii clasici*, Gilles Ferreol
- *Istoria politicilor sociale*, Francis Démier
- *Istoria sociologiei*, Charles-Henry Cuin, François Gresle
- *Mediul penitenciar românesc. Cultură şi civilizaţie carcerală*, Bruno Ştefan
- *Metode de cercetare în ştiinţele sociale*, R. McQueen, Christine Knussen
- *Metodele în sociologie. Observaţia*, Henri Peretz
- *Motivaţia. Teorii şi practici*, Carmen Buzea
- *Noile sociologii*, Philippe Corcuff
- *Participarea comunitară în România. Acţiune colectivă urbană în postsocialism* ediţia a II-a (revizuită), Adrian Hatos
- *România religioasă*, Mălina Voicu
- *Roumanie. regards sociologiques*, Ion. I. Ionescu
- *Sat bogat, sat sărac. Comunitate, identitate, proprietate în mediul rural românesc*, Adela Elena Popa
- *Schimbare socială şi identitate socioculturală: o perspectivă sociologică*, Horaţiu Rusu
- *Sociologia banilor*, Nigel Dodd
- *Sociologia dezvoltării comunitare*, Ion I. Ionescu
- *Sociologia minciunii*, J.A. Barnes
- *Sociologia modei. Stil vestimentar şi dezirabilitate socială*, Alina Duduciuc
- *Sociologia comunităţii*, Tudor Pitulac
- *Sociologia culturii*, Matthieu Béra, Yvon Lamy
- *Sociologia religiilor*, Jean-Paul Willaime
- *Sociologia Parisului*, Michel Pinçon, Monique Pinçon-Charlot
- *Sociologia valorilor*, Rudolf Rezsohazy
- *Sociology of Law. Studies and Research*, Doina Balahur
- *Statistică aplicată în ştiinţele sociale*, Claudiu Coman
- *Status Attainment: Predictable Patterns or Trendless Fluctuation?*, Paula Tufiş
- *Valorile românilor (1993-2005)*, Bogdan Voicu, Mălina Voicu (coord.)

În curs de apariţie

Justiţie şi coeziune socială, Gabriela Rătulea

BCU CLUJ UNIVERSITY LIBRARY

LIBRĂRII în care puteți comanda cărțile editurii *Institutul European*
(selectiv)

ALBA-IULIA

Librăria *Humanitas*, str.1 Decembrie 1918, bloc M10, tel. 0258826007

ARAD

Librăria *Corina*, str. Mihai Eminescu nr. 2, tel. 0257284749
Libraria *Artium*, str.Aurel Vlaicu nr.10-12, Artium Center Arad, tel. 0732003066

BRAȘOV

Librăria *ST O Iosif*, str. Mureşenilor nr.14, tel. 0268477799
Librăria *Ralu*, str. Republicii nr. 54, tel. 0268411508
Librăria *Cărturești*, Piața Sfatului nr. 20 (Mureşenilor spre Schei), tel. 0368409015

BUCUREȘTI

Librăria *Mihai Eminescu*, Bd. Regina Elisabeta nr. 5, tel. 0213158761
Librăria *Verona*, str. Pictor Artur Verona nr. 13 -15, tel. 0732003002
Librăria *Kretzulescu*, Calea Victoriei, nr. 45, tel. 0213135035
Librăria *Qunet*, str. Edgar Qunet, nr 9, tel. 0213110646
Librăria *MTR* (Muzeul Țăranului Român), Şoseaua Kiseleff nr. 3, sector 1, tel. 0314251480
0732 003 015
Libraria *Afi Palace* (Cotroceni Mall), Bd.Vasile Milea nr. 4, sector 6, tel. 0734554426
Librăria *Băneasa* (Shopping Mall), Băneasa Shopping City etaj 1, Şoseaua București-Ploiești, 42D, tel. 0734554 445
Librăria *Cărturești* (Promenada Floreasca), Calea Floreasca nr. 246 B, sector 1,
tel. 0734 554 444
Librăria *Humanitas* (Auchan) ,str. 1 Decembrie 1918 nr. 33 A, tel. 0213452202
Librăria *Humanitas Cişmigiu*, Bd. Regina Elisabeta nr. 38 , tel. 0213114001
Librăria *Humanitas GDS*, Str. Calea Victoriei 120, vizavi de Magazinul L'Oreal,
tel. 0212128821
Librăria *Bastilia*, str. Independenței nr. 315-317-319,OB LD, nr. 18, sector 6, tel. 0213154314

CLUJ

Librăria *Logos*, Republicii nr. 11A, tel. 0264590297
Librăria *Cărturești* (Iulius Mall), str. Al.Vaida Voievod nr. 53 -55, Iulius Mall, Parter,
tel. 0732 003 008
Librăria *Book Corner*, str. Eroilor, nr. 15, tel. 0264 450130
Librăria *Humanitas „Nicolae Steinhardt"*, Str. Universității nr. 4, tel. 0264439475

CONSTANȚA

Librăria *Cărturești* (City Park Mall), B-dul Al. Lăpuşneanu nr. 116C, City Park Mall, Parter, tel. 0341462879

GALAȚI

Librăria *Humanitas*, Str. Domnească nr. 45, tel. 0236468822

IAȘI

Librăria *Casa Cărții*, Bd. Ştefan cel Mare nr. 56, tel. 0232270610

BCUIASI/CENTRU UNIVERSITY LIBRARY

Librăria *Junimea*, Piaţa Unirii nr. 4, tel. 0232412712
Librăria *Esculap*, B-dul. Independenţei nr. 22, tel. 0232270479
Librăria *Avant Garde*, str. Lăpuşneanu nr. 16, tel. 0332408447
Librăria *Cărtureşti* (Palas Mall), str. Ştefan cel Mare şi Sfânt nr.1 A, tel. 0734554439
Librăria *Cărtureşti* (Iulius Mall), str. Tudor Vladimirescu nr. 2, Iulius Mall, etaj 2, tel. 0732 003 005
Librăria *Humanitas Piaţa Unirii*, Piaţa Unirii nr. 6, tel. 0232 215 568
Librăria *Humanitas* (Centrul Comercial Felicia), Str. Bucium nr. 36, tel. 0232 239698

ORADEA
Librăria *Humanitas „Mircea Eliade"*, Bd. Republicii, nr. 5, tel. 0259472955

PIATRA NEAMŢ
Librăria *Humanitas*, Piaţa Ştefan cel Mare nr. 15, tel. 0233 212 015

PLOIEŞTI
Librăria *Humanitas*, Piaţa Victoriei nr. 3, tel. 0244 519 475
Librăria *Cărtureşti*, Afi Palace Ploieşti, Parter, str. Calomfirescu nr. 2, tel. 0734554 446

SIBIU
Librăria *Humanitas „Constantin Noica"*, str. Nicolae Bălcescu, nr. 16, tel. 0269211434
Librăria *Habitus*, Piaţa Mică nr. 4, tel. 0269 250 383

SUCEAVA
Librăria *Cărtureşti*, Calea Unirii, nr. 22, Iulius Mall, tel. 0330803086

TIMIŞOARA
Librăria *Humanitas „Emil Cioran"*, str. Mercy nr. 1, tel/fax. 0256433180
Librăria *Cărtureşti Mercy*, str. Mercy nr. 7, tel. 0356 458210
Librăria *Esotera*, str. Lucian Blaga nr. 10, tel. 02564311340
Librăria *Cărtureşti*, str. Demetriade nr.1, extindere Iulius Mall, et. 1, tel. 0356459855: 0732003007

Librării ON-LINE

www.euroinst.ro
www.librarie.net
www.librariaeminescu.ro
www.libris.ro
www.emag.ro
www.cartedesucces.ro
www.edicart.ro
www.elefant.ro
www.carturesti.ro
www.extracarti.ro
wwww.humanitas.ro

BCUIAŞI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

INSTITUTUL EUROPEAN

Volumul propune o temă de dezbatere şi de cercetare – poezia mistică –, încă neexplorată la noi, dar tratată cu un interes deosebit în literatura europeană. Mistica este partea cea mai elevată a unei culturi, locul în care se întâlnesc religia, filozofia şi literatura. Nefiind altceva decât trăirea efectivă şi cu o devoţiune totală a sentimentului credinţei, mistica este prezentă în orice religie. Printr-un lung proces de interiorizare şi asceză, misticul ajunge, în cele din urmă, la uniunea transformantă (*unio mystica*). Altfel spus, mistica este comuniunea cu Dumnezeu prin iubire, iar stările ce însoţesc această experienţă a desăvârşirii (dorul, bucuria, beatitudinea, extazul, revelaţia) arată că umanul nu se poate împlini cu adevărat decât dincolo de uman. Poezia mistică este reflectarea traseului ascensional parcurs de îndrăgostitul mistic, de la detaşarea con templativă până la viziunile suprafireşti şi incomunicabile ale realităţii transcendente. Este în general o poezie a înaltelor aspiraţii şi a plenitudinii, dar nu lipsesc accentele grave, stările de tristeţe şi de nelinişte inerente unei astfel de aventuri.

Puiu Ioniţă

POEZIE MISTICĂ ROMÂNEASCĂ

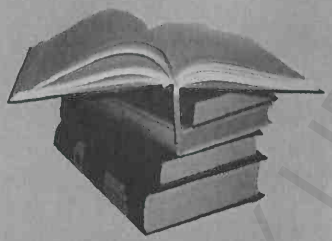
Puiu Ioniţă

Strada Grigore Ghica Vodă nr 13 • Cod 700469 • CP 161, OP 1 • Iaşi • România • Tel. 40.0232.233800; 40.0788.319462 • Fax 40.0232.230197
email: euroedit@hotmail.com, editura_ie@yahoo.com • www.euroinst.ro • www.cartedesucces.ro

Constelația valorii

INSTITUTUL
EUROPEAN

www.euroinst.ro



Carte de succes

Librărie online

www.cartedesucces.ro

BCU "I.S.I." CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

BCUIAS/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Bun de tipar : 2015 • Apărut: 2015 • Format 16,5 × 23,5 cm

Iaşi, str. Grigore Ghica Vodă nr. 13 • cod 707469
Tel. Difuzare: 0788.319462 • Fax: 0232/230197
euroedit@hotmail.com • http://www.euroinst.ro

B.C.U. „M. EMINESCU" IAŞI

BCUIASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

BCUIAS/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

ACADEMICA

Lucrarea abordează un domeniu de importanță particulară pentru societățile democratice: devianța socială și dependența de substanțe (o problematică circumscrisă în plan european capitolului *Libertăți - Justiție - Securitate*). Pe măsură ce fenomenul consumului de droguri devine din ce în ce mai complex, iar Europa, și, implicit, România, se confruntă cu alegeri dificile în ceea ce privește prioritățile de finanțare, studierea temelor legate de droguri devine esențială pentru inițierea și implementarea unor politici eficiente antidrog. Lucrarea abordează problematica drogurilor dintr-o perspectivă pluridisciplinară, oferind informații cu privire la evoluția și amploarea fenomenului, la consecințele consumului de droguri în plan juridic și psihosocial, la măsurile de prevenție și la modele de intervenție. Volumul este structurat pe cinci capitole, iar datele utilizate sunt cele oficiale, prelucrate de autor în acord cu specificul abordării.

Mihaela Rădoi

• Drogurile – cadru general de analiză și delimitări conceptuale • Droguri licite, droguri ilicite. Particularități și estimări ale consumului de droguri în Europa • Teorii și modele explicative ale devianței și consumului de droguri • Factori determinanți ai delincvenței și ai consumului de droguri • Strategii de intervenție în consumul de droguri. Rolul familiei, al școlii și al comunității în prevenirea consumului de droguri.

ISBN 978-606-24-0115-3
9 786062 401153
www.euroinst.ro

INSTITUTUL EUROPEAN